

UNIVERSITÉ DE LYON

Faculté de Médecine et de Pharmacie. — N° 8

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DE L'OVAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
(Médecine)

*Et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie
le 12 Mai 1903*

PAR

Dimitri TCHAKMAKOFF

Né le 3 Mars 1877, à Stara-Zagora (Bulgarie)



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSIONS

3, rue Stella, 3

—
1903



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FIBROMES DE L'OVAIRE

UNIVERSITÉ DE LYON

Faculté de Médecine et de Pharmacie. — N° 8

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DE L'OVAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(Médecine)

*Et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie
le 12 Mai 1903*

PAR

Dimitri TCHAKMAKOFF

Né le 3 Mars 1877, à Stara-Zagora (Bulgarie)



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSIONS

3, rue Stella, 3

—
1903



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET.
	JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Parasitologie	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.)
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacologie	X...

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Cliniques des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.) agrégé
Maladie des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie.	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLEL.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. POLLOSSON (A.), Assesseur ;
MM. DOYON et FABRE, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE ET A MON FRÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

Faible témoignage d'affectueuse
reconnaissance

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. PONCET

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique chirurgicale

INTRODUCTION

Aux vacances dernières nous suivîmes avec assiduité les savantes leçons de M. DELORE suppléant alors M. le professeur PONCET. Nous avons eu la bonne fortune d'observer une malade atteinte de deux tumeurs pelviennes; l'une était manifestement un kyste de l'ovaire gauche; pour l'autre on se trouva fort embarrassé, et on se demanda s'il s'agissait d'un fibrome utérin sous-péritonéal, pédiculé, relativement fréquent, ou bien d'un fibrome ovarien, affection très rare, dont le pédicule serait tordu à cause des phénomènes aigus de pelvi-péritonite que la malade présentait.

L'opération et l'examen histologique nous ont montré qu'on avait affaire à un *fibrome pur de l'ovaire droit avec pédicule tordu*.

En raison de la rareté de ces fibromes de l'ovaire, des doutes même de leur existence au point de vue anatomo-pathologique, de l'intérêt qu'il y aurait à recueillir toutes les observations très disparates dans la littérature médicale et d'étudier leurs symptômes, leur

évolution et complications, la possibilité d'un diagnostic précoce et le traitement qu'ils comportent, M. DELORE nous a conseillé d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Voici le plan que nous nous proposons de suivre dans ce modeste travail :

Chapitre premier. — Historique.

Chapitre II. — Etiologie.

Chapitre III. — Histologie normale de l'ovaire. Anatomie pathologique des fibromes purs et pathogénie.

Chapitre IV. — Symptomatologie.

Chapitre V. — Diagnostic.

Chapitre VI. — Evolution, complications, pronostic et traitement.

Chapitre VII. — Observations.

Conclusions.

Mais avant de commencer l'exposé de notre travail, nous tenons à remplir un de nos plus grands devoirs et remercier tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, qui ont contribué à notre éducation médicale.

M. le professeur PONCET nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous apprécions toute la valeur de cette marque de bienveillance ; nous lui en exprimons notre vive gratitude.

M. le docteur DELORE a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et nous aider dans sa composition par des conseils précieux, nous le prions d'agréer notre vive reconnaissance. Nous n'oublierons jamais sa très gracieuse amabilité.

Nous devons des sincères remerciements à M. le docteur THÉVENOT pour ses savantes et pratiques leçons et pour les soins qu'il nous a donnés avec une extrême affabilité.

Sur le point de quitter cette ville de Lyon, qui pendant six années nous fut largement hospitalière, nous adressons un souvenir ému à tous ceux qui nous en ont rendu le séjour agréable.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les fibromes de l'ovaire sont des tumeurs assez rares.

En lisant ce qu'a écrit Cruveilhier à ce sujet, dit Nonat, dans son *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*, on reste convaincu que les différentes variétés de tumeurs fibreuses ovariennes admises par cet auteur peuvent être rapportées à des kystes aréolaires ayant subi une transformation fibreuse. Courty ne fait pas même mention de ce genre de néoplasme, dans son *Traité des maladies des femmes*.

A cette même époque (1870) a paru le traité de Churchill, qui mentionnait les fibromes ovariens, mais d'une façon très confuse.

Hanzoni en connaît quatre cas.

Pour Barnes, les tumeurs fibreuses ou fibro-musculaires de l'ovaire sont si rares qu'il met en doute leur

existence. « Dans quelques cas, dit-il, où l'on a conclu à la présence de fibroïdes dans un des ovaires ou dans les deux, j'ai quelque raison de supposer que ces tumeurs avaient leur origine dans l'utérus et qu'en se pédiculisant elles ont pressé sur les ovaires qu'elles ont masqués ». Et plus loin, après avoir successivement passé en revue les six ou huit pièces anatomiques des musées de Saint-Georges, de Guy, Saint-Thomas et de London-Hospital, pièces anatomiques qui prêteraient à la discussion, il résume sa pensée en disant que dans la plupart de ces tumeurs supposées fibreuses, l'existence de kystes est le trait le plus saillant ; autrement dit, qu'il s'agirait là de simples kystes ordinaires à parois fibreuses extrêmement développées.

Caseaux, Bernutz, Goupil et Nélaton les passent sous silence.

Ces tumeurs de l'ovaire sont tellement rares, que Spencer Wells lui-même jusqu'en 1872, n'avait pas eu l'occasion d'en observer une bien caractérisée et développée dans le parenchyme ovarien. Pour lui aussi la plupart des observations de fibromes ovariens ne sont en réalité que des tumeurs qui prennent naissance dans l'utérus, s'accroissent outre mesure, englobent l'ovaire de manière à lui faire perdre son aspect normal, et même à le dénaturer complètement. Sur plus de mille ovariotomies, il ne lui a été donné que trois fois de trouver une tumeur fibreuse de l'ovaire.

Cette même année (1872) à Breslau, Szurminski présente une bonne thèse *Über soliden Eierstockes Tumoren* (Sur les tumeurs solides de l'ovaire), où il consacre un chapitre spécial aux fibromes et rapporte

une observation nouvelle avec examen histologique de M. Valdeyer, observation que nous citons plus loin.

En 1874, Léopold donna (*Archiv. f. gyn.*,) un excellent travail d'ensemble sur les tumeurs solides de l'ovaire.

L'année suivante (1875) parut à Paris, sur le même sujet mais à un point de vue plus clinique, la thèse de Ziembicki, étude consciencieuse et complète de la question.

Le traité de Gallard (1879) ne contient rien sur la question.

Patenko étudie la pathogénie des fibromes ovariens dans *Centr. Bl. f. gyn.*, 1880, 441.

En 1888, M. Rendu a eu pour la première fois l'occasion de pratiquer la laparotomie pour une tumeur fibreuse de l'ovaire dont il publie l'observation dans le *Lyon médical*, 1888. Il écrit à ce propos : « Sur plus de cinquante opérations auxquelles j'ai coopéré ou assisté, il n'y en a pas eu, en effet, de pratiquées pour une tumeur de cette nature. »

En 1893, M. Cornil étudie dans le *Journal des connaissances médicales*, l'histologie des tumeurs solides de l'ovaire.

L'année suivante, paraît à Paris la thèse de Bourgoïn sur les *Tumeurs solides de l'ovaire*. Dans ce travail sont rapportées deux nouvelles observations de fibromes ovariens, que nous citons aussi.

En 1896, M. Picqué fait une étude des tumeurs solides de l'ovaire dans *La Semaine gynécologique*.

La même année à Paris, M. Lallemand écrit sa thèse sur les *Fibromes de l'ovaire*. Il nous fournit une observation de M. Quenu que nous citons.

En 1898, Deligny fait sa thèse sur *L'Ascite dans les fibromes de l'ovaire* et étudie les différentes théories émises pour expliquer sa pathogénie.

En 1899, M. Dartigues fait dans la *Revue de gynécologie de Pozzi*, une étude très détaillée et consciencieuse des *Tumeurs solides de l'ovaire*.

Ajoutons pour être complet l'article de M. Segond dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus et la thèse de cette année de M. Paul Gascheau (de Paris) sur *L'Etude des tumeurs solides de l'ovaire*.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Fréquence. — Les fibromes de l'ovaire sont rares. Au courant de nos recherches, il nous a été donné de constater que les sarcomes, les cancers de l'ovaire ont été beaucoup plus fréquemment observés que les fibromes purs. Aussi, sommes-nous porté à croire que les néoplasmes malins, de même que les fibro-myomes sont beaucoup plus communs que les tumeurs de nature exclusivement fibreuse.

Age. — D'après quelques auteurs, les fibromes se rencontreraient plus fréquemment chez des femmes jeunes. C'est ainsi que Léopold mentionne treize cas survenus chez des femmes de 5 à 30 ans et quatre seulement de 30 à 40 ans.

Dans les cas recueillis par nous, nous constatons que dans la grande majorité des observations, les néoplasmes ont été trouvés chez des femmes de 35 à 45 ans; trois fois seulement de 15 à 22 ans, et enfin deux

fois chez des personnes ayant dépassé la soixantedixième année.

Siège.— Les fibromes sont unilatéraux dans presque tous les cas, quatre fois seulement (Obs II, IV, V, VII) ils envahissent les deux ovaires.

Causes prédisposantes. — Pour tout ce qui concerne les causes prédisposantes à cette affection nous sommes d'une ignorance à peu près complète. Les observations sont muettes au sujet de l'hérédité et de la présence ou l'absence des tumeurs analogues chez les ascendantes.

Nous tenons à remarquer qu'il y a lieu de se demander si la coexistence chez une malade d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche avec un fibrome de l'ovaire droit, ne permet pas d'envisager comme l'a fait M. Delore, les fibromes comme étant d'origine congénitale.

CHAPITRE III

Histologie normale de l'ovaire. Anatomie pathologique des fibromes de l'ovaire et pathogénie.

L'ovaire, au point de vue de sa constitution anatomique, présente à considérer deux parties :

1° Un noyau central conjonctivo-vasculaire se continuant avec la substance du hile, la *substance médullaire* (bulbe de l'ovaire de certains auteurs) ; 2° Une écorce périphérique s'arrêtant au niveau du hile ; la *substance corticale*.

1° LA SUBSTANCE MÉDULLAIRE. — La substance médullaire se compose d'un stroma conjonctif, de nombreux vaisseaux et de fibres musculaires lisses. Les veines présentent cette particularité d'être soudées à la substance médullaire et restent par conséquent béantes sur la coupe. De la substance médullaire partent des cloisons fibreuses qui vont à la périphérie, s'entrecroisent en tous sens et forment la charpente de la substance corticale. Mais arrivées vers la surface de l'ovaire, ces cloisons ne *tardent* pas à se réunir les unes aux autres

et constituer par leur épanouissement une sorte de capsule fibreuse enveloppant l'ovaire : c'est l'albuginée. « Cette capsule très mince et qui n'existe pas d'ailleurs dans les premiers temps de la vie, ne mérite guère d'être comparée à l'albuginée du testicule. Pour éviter toute méprise il convient de l'appeler fausse albuginée. Elle est recouverte en dehors par l'épithélium ovarien » *Testut*.

2° SUBSTANCE CORTICALE. — Observée sur une coupe elle présente les couches suivantes de la périphérie vers la substance médullaire : 1° l'épithélium ovarien (épithélium germinatif de Waldeyer) qui représente le seul revêtement péritonéal et reposant directement sur la fausse albuginée, est constitué d'un seul plan de cellules cylindriques se continuant au niveau du hile avec l'endothélium péritonéal ; 2° Albuginée et charpente fibreuse déjà décrites ; 3° Follicules de de Graaf à tous les stades de leur évolution.

Après cet exposé de l'histologie normale de l'ovaire, nous allons aborder l'étude de l'anatomie macroscopique et microscopique des fibromes ovariens et nous terminerons quelques mots sur leur pathogénie.

A. — Anatomie macroscopique

Les fibromes de l'ovaire présentent un aspect arrondi un peu allongé, reproduisant en grand la forme de l'ovaire normal.

Leur surface est parfois lisse, unie, mais le plus souvent lobulée, bosselée. La plupart du temps de fines arborisations vasculaires rampent sous la couche super-

ficielle. Les gros troncs veineux, si souvent observés dans les sarcomes, sont très rarement rencontrés dans les fibromes ovariens. Quelquefois de petites extravasations sanguines sous-épithéliales sont constatées.

Le *volume* est variable. Mais en général les fibromes de l'ovaire n'atteignent pas de grandes dimensions ; les plus gros parviennent au volume d'une tête d'adulte ; pourtant le fibrome dans l'observation de Spigelberg pesait 30 kilogrammes. Les comparaisons qu'on trouve le plus souvent dans les observations à propos du volume sont celles d'une noix, d'un poing, d'une tête d'enfant, d'une tête d'adulte.

Le *poids* des fibromes varie nécessairement avec leur volume. A côté des tumeurs de quelques grammes on en trouve qui pèsent jusqu'à 30 kilogs.

Aspect à la coupe. — Les fibromes de l'ovaire ne sont pas comme ceux de l'utérus, entourés d'une capsule conjonctive car ils ne forment pas des néoplasmes nettement circonscrits. Il s'agit ici d'une dégénérescence fibreuse totale de l'ovaire qui est hypertrophié d'une façon uniforme de telle sorte que sa forme et ses rapports ne sont pas dénaturés. Mais il existe cependant un cas (Obs. Mundé : thèse Bourgouin) où le fibrome paraissait développé, poussé sur la surface extérieure de l'ovaire le reste presque complètement intact et normal.

Leur *consistance* est généralement dure, résistante, parfois élastique, analogue à celles des fibromes utérins. Si les fibromes ovariens se présentent à la coupe le plus souvent tout à fait pleins, il n'est pourtant pas rare qu'ils soient creusés de petites cavités kystiques plus ou moins nombreuses et remplies, selon les cas, par un

liquide clair transparent ou louche et sanguinolent. En cela, ils obéissent à la tendance des tumeurs ovariennes en général. Et M. Cornil dit « qu'il n'est pas étonnant que l'ovaire qui contient normalement des kystes, soit microscopiques, soit visibles à la simple inspection, c'est à dire des ovisacs aux diverses phases de leur développement jusqu'à la vésicule de Graaf et au corps jaune, présente des néoplasmes kystiques ; il y a même lieu de s'étonner que certaines de ces tumeurs n'en présentent aucune trace comme cela arrive parfois ». La formation de ces cavités est attribuée à l'hypertrophie folliculaire, aux kystes normaux plus ou moins agrandis, soit à l'ectasie des espaces lymphatiques, comme l'admettent plusieurs auteurs et en particulier Léopold. Indépendamment de ce processus, il y a un mode d'origine fréquent : c'est la dégénérescence, le ramollissement des parties centrales de la tumeur insuffisamment nourries ; c'est une dégénérescence ischémique, à la manière du ramollissement cérébral, et en tout cas tout à fait comparable à celle des kystes ovariens dont le pédicule est tordu. Ne voyons-nous pas dans l'observation de Dubar, où le pédicule ovarien était tordu, un ramollissement central gros comme une mandarine et dont le contenu était formé par une bouillie sanguinolente ?

Dans ces transformations kystiques M. le docteur Segond voit la démonstration de la transition qui existerait entre les fibromes purs, les fibro-myomes kystiques et les cysto-sarcomes et même les cysto-épithéliomes ou kystes de l'ovaire proprement dits au sein desquels on trouve des masses fibreuses plus ou moins développées.

Les petits fibromes ovariens ne présentent jamais d'*adhérences* tant qu'ils sont très mobiles, mais s'ils arrivent à être enclavés ou que leur pédicule subisse une légère torsion des phénomènes de pelvi-péritonite ne tardent pas à apparaître et par la suite des adhérences s'établissent. Les gros fibromes peuvent contracter quelquefois des adhérences, mais elles sont surtout épiploïques et dans ces cas, ou bien l'épiploon recouvre en avant et sur les côtés la tumeur se fixant à elle, ou bien ils s'attachent à la tumeur sur plusieurs points par lanières pour ainsi dire.

Les adhérences intestinales relatées dans quelques observations (Obs. I, IV et XVI) sont excessivement rares ; l'intestin étant souple fuit devant la tumeur, s'adapte à sa configuration bien plus qu'il ne se laisse comprimer par elle. Le plus souvent le fibrome est indépendant, libre de toute adhérence contrairement aux kystes de l'ovaire, du foie et de la rate, et les fibromes de l'utérus qui sont si souvent unis par plusieurs points de leur surface au côlon, à l'S iliaque ou à l'intestin grêle. Waldeyer pour expliquer ce fait curieux admet que l'épithélium cylindrique qui recouvre le fibrome de l'ovaire en tout semblable à l'épithélium de l'ovaire sain donnerait à sa surface les caractères d'une muqueuse et la protégerait contre les adhérences avec la séreuse péritonéale. C'est pourquoi d'après Léopold chez les femmes âgées, où cet épithélium devient plus ou moins aplati et disparaît, les fibromes qui ont eu le temps d'atteindre un gros volume contractent plus facilement des adhérences.

Quant au *pédicule des fibromes*, on peut dire que d'une façon générale, il est court, plus ou moins épais.

Il est constitué par le ligament propre de l'ovaire notablement hypertrophié. La trompe hypertrophiée également, elle est tantôt indépendante, tantôt appliquée contre le néoplasme.

B. — Anatomie microscopique

De nombreux auteurs se sont demandé s'il existait des fibromes purs de l'ovaire. La question est controversée. Tandis que Smith et Cornil en nient l'existence, d'autres et parmi eux Waldeyer disent qu'ils n'ont jamais rencontré de fibres musculaires dans ces tumeurs fibreuses. Spencer Wells, dans six cas qu'il a rencontrés les juge purement fibromateux. Alban Doran a voulu vérifier une des tumeurs présentées par Sp. Wells comme un fibrome pur au Collège royal de chirurgie de Londres et a trouvé un myome. En résumé les opinions sont contradictoires.

Pour nous il n'y a pas de doute sur l'existence réelle du fibrome pur de l'ovaire. Dans plusieurs de nos observations l'examen histologique a été fait ou contrôlé par des anatomo-pathologistes de toute compétence tels que Vulpian, Ranvier, Cornil, Paviot.

Pour avoir une idée plus exacte sur la structure histologique des fibromes ovariens, nous reproduirons les descriptions de deux préparations, l'une portant sur un fragment de surface, l'autre provenant d'un fragment du centre du néoplasme. Voici les constatations :

Sur le fragment de *surface* : A la partie superficielle on constate parfois un épithélium de protection affectant le type cylindrique, il peut présenter quelques ondulations correspondant à la surface irrégulière de

l'ovaire et dessous une couche fibreuse dense analogue à celle qu'on décrit dans l'ovaire sous le nom de fausse albuginée. La zone suivante consiste en énormes faisceaux conjonctifs festonnés, orientés dans différentes directions et dans leur intervalle on trouve de petites cellules rondes un peu granuleuses, un peu sombres. Il peut y avoir quelques petites formations kystiques, le plus souvent pas de trace d'un follicule ou aucun faisceau musculaire lisse d'un corps jaune.

Sur le fragment du *centre*, on observe de grandes bandes composées de fibrilles conjonctives orientées dans divers sens, entrecroisées plus ou moins obliquement et les interstices qui en résultent sont occupés encore soit par des cellules rondes, soit par des débris granuleux provenant de celles-ci, soit enfin par une substance granuleuse ou d'œdème coagulée par les fixations. Il peut y avoir quelques hémorragies interstitielles. Il est à remarquer que les fibromes ovariens n'affectent pas la disposition en couche concentrique, habituelle dans les fibromes de l'utérus. Pourtant on a observé des cellules conjonctives organisées autour d'un vaisseau comme centre (Obs. XIII). Dans les tumeurs de tissu conjonctif jeune, on observe moins de faisceaux et on constate autour des vaisseaux toute une zone de cellules conjonctives jeunes prenant petit à petit le type adulte, à mesure qu'on s'éloigne du centre de cette zone.

C. — Pathogénie

Spencer Wells admet que la plupart des fibromes purs ovariens ne sont en réalité que des tumeurs qui prennent naissance dans l'utérus, s'accroissent outre mesure,

englobent l'ovaire de manière à lui faire perdre son aspect normal et même à le dénaturer complètement. Rokitansky, qui en 1864 décrit deux tumeurs fibreuses de l'ovaire de la grosseur d'une noix, composées au centre d'éléments conjonctifs adultes à direction concentrique, à la périphérie entourée d'une coque condensée, membraneuse, les considérait comme développées au dépens des corps jaunes, émit l'hypothèse que tous les fibromes purs ovariens ont cette origine. Patenko admet la possibilité de leur développement aux dépens d'une sclérose folliculaire. Il a fait des recherches sur toute une série d'ovaires où il a pratiqué des coupes. Voici les principales conclusions auxquelles il arrive :

a) Les tumeurs fibreuses qui se développent réellement de l'ovaire peuvent atteindre la grosseur d'un œuf de poule ou tout au plus d'un œuf d'oie.

b) Dans ce cas, les tumeurs fibreuses de l'ovaire se forment elles-mêmes par la réunion de tous les follicules qui ont subi une transformation scléreuse, et des vaisseaux de l'ovaire.

c) La naissance, aux dépens de l'ovaire, des tumeurs fibreuses d'une grosseur extraordinaire est plus que douteuse.

Nous n'admettons pas l'absolu de cette dernière conclusion. Les petits fibromes que Rokitansky et Patenko décrivent, sont précisément des cas non chirurgicaux. Les fibromes volumineux existent. Et dans ces cas, contrairement à l'avis de Sp. Wells, c'est aux dépens de tout le stroma fibreux de l'ovaire que ces tumeurs prennent naissance.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Nous allons faire une étude analytique des symptômes des fibromes ovariens, nous basant exclusivement sur les caractères qu'un examen aussi approfondi que possible des observations, nous a permis de constater.

On peut examiner les symptômes des fibromes aux différents moments de leur évolution et de cette façon, distinguer deux périodes, suivant qu'ils sont petits, — stade initial, — ou au contraire énormes et arrivés à leur développement à peu près complet, en pleine période confirmée ou période d'état.

I. — PÉRIODE DE DÉBUT

A. — Signes fonctionnels

Le début est obscur. Les fibromes de l'ovaire passant par une période de latence plus ou moins longue dont la durée est variable pour chaque cas, obéissant en cela à l'irrégularité ordinaire des processus néoplasiques,

période pendant laquelle les fibromes ne s'accompagnent presque pas de troubles. Il n'y a à ce moment aucune différence sensible avec un ovaire scléreux, ou scléro-kystique, ou un petit kyste de l'ovaire au début. Donc rien d'étonnant à ce que les fibromes puissent passer inaperçus pendant cette période de latence et n'être découverts que tout à fait par hasard, soit par la malade elle-même, soit par le médecin à l'occasion d'un examen quelconque.

Mais le plus souvent des troubles fonctionnels ne tardent pas à survenir qui attirent l'attention de la malade et la décident à consulter le médecin. L'étude des faits nous montre que cette révélation se manifeste par des phénomènes *douloureux* et des *troubles menstruels*. Les douleurs qui tout d'abord ne reconnaîtraient probablement d'après Ziembicki d'autre cause que l'irritation de la séreuse péritonéale se localisent quelquefois dans l'aîne, au pubis, ou bien au point affecté lui-même comme s'il s'agissait d'une ovarite simple; mais souvent ce sont des douleurs annexielles qui s'accompagnent d'irradiations diverses, abdominales, lombaires; ces douleurs sont tantôt sourdes, tantôt lancinantes et paroxystiques. D'autres fois elles peuvent affecter le caractère de coliques très vives et s'accompagner de métrorragies comme si la malade allait accoucher (obs. XII).

Il est à noter que toutes les fois que le début se fait par le syndrome douloureux et des symptômes hémorragiques, il est parfois fort délicat de savoir, s'ils sont la traduction du fibrome qui se développe ou seulement le signe d'un état morbide utérin concomitant.

Le début peut aussi se manifester par des phénomènes douloureux de pelvi-péritonite produits par la torsion brusque du pédicule (obs. I). Pendant cette période de début des troubles digestifs surviennent, consistant surtout en vomissements, parfois constipation, quelquefois des troubles de la miction.

Dans certains cas apparaît une *ascite* assez abondante qui, tout d'abord, attire l'attention. C'est ainsi que dans deux de nos observations (XIII et XXIII) l'ascite considérable d'emblée, fut le premier symptôme qui se manifesta.

Il est, bien entendu, des cas où les troubles fonctionnels manquent tout à fait : le début est marqué par l'apparition d'une tumeur abdominale pelvienne. On conçoit facilement alors que si les règles se suppriment, comme cela arrive parfois, la malade sera portée à se croire enceinte.

B. — Signes physiques

On a eu rarement l'occasion d'examiner les fibromes de l'ovaire au début et d'en constater les signes physiques. Mais il est évident à priori que ces signes physiques seront fort simples. Ce sont ceux qu'on peut supposer à une petite tumeur pelvienne, reproduisant l'ovaire hypertrophié dans sa totalité. Ce seront donc les suivants : tumeur peu volumineuse, pouvant varier de la grosseur d'une noix à celle d'une mandarine, sa forme est généralement ovale ou arrondie et régulièrement unie, ce qui permet de la distinguer de l'ovaire scléro-kystique ; elle est de consistance dure et partout uniforme, douée d'une grande mobilité, paraissant située

sur les côtés de l'utérus, quelquefois prolabée dans le Douglas, non douloureuse le plus souvent au toucher vaginal.

Mais, nous le voyons, aucun de ces signes n'est pathognomonique et plusieurs sont communs à nombre d'affections de l'ovaire.

II. — PÉRIODE D'ÉTAT

A. — Signes fonctionnels

Ordinairement c'est à cette période d'état, plus ou moins avancée, que les malades viennent consulter le chirurgien, soit parce que le hasard leur a fait découvrir la tumeur dont la consistance et le volume leur sont un sujet d'appréhension, soit parce que des douleurs atroces les font trop souffrir, et les métrorrhagies les affaiblissent, ou encore parce que des complications inattendues (torsion du pédicule, phénomènes de péritonisme, aggravation du mal) sont survenues brusquement.

Les signes fonctionnels qu'on constate pendant cette période sont à côté de ceux qui se sont déjà manifestés à la phase initiale et que nous avons signalés plus haut, sans trop y insister, des symptômes nouveaux dus à la compression que le fibrome, par suite de l'augmentation de son volume, exerce sur les organes contenus dans la cavité pelvi-abdominale.

1°. — TROUBLES DE LA MENSTRUATION

Nous commencerons par les troubles de la menstruation qui restant rarement normale est souvent la première à subir le contre-coup de la maladie. Ces troubles

consistent en pertes de sang plus ou moins abondantes, parfois profuses ou bien en suppression des règles.

Après cet exposé sommaire il nous semble indispensable d'étudier avec plus de détails chacune de ces modifications, après avoir examiné :

a) *Cas de fibromes de l'ovaire avec règles normales.* — Si quelques observations sont silencieuses au sujet de la fonction cataméniale, dans trois cas de nos observations (V, VII, XIX), tout au moins, nous remarquons la persistance des règles chez des femmes en pleine activité génitale ; et dans trois autres (Obs. IV, VIII, XI) chez des malades qui avaient dépassé la ménopause les règles n'ont pas fait leur réapparition. Deux de ces malades n'avaient pas eu de grossesse et les trois autres, au contraire, étaient multipares, condition favorable pour le développement de la métrite. Dans tous ces cas les fibromes étaient assez volumineux.

b) *Cas de fibromes de l'ovaire avec pertes métrorragiques.* — Nous avons pu réunir huit cas de fibromes ovariens où les troubles de la menstruation ont consisté en pertes métrorragiques. Rien de plus variable que la quantité, la durée, l'époque de ces pertes. Et sous ce rapport plusieurs variétés sont à distinguer. Tantôt on constate simplement que les règles sont plus fréquentes, plus abondantes, de plus longue durée que d'ordinaire sans aucun écoulement vaginal dans leur intervalle (Obs. XX, XXVIII), tantôt il y a pertes de sang abondantes au moment des règles, ou bien survenant périodiquement avec de fortes pertes blanches dans l'intervalle (Obs. I, XIX, XXVI) ; d'autres fois les pertes de sang sont constantes (Obs. II, XII).

c) *Cas de fibromes de l'ovaire avec suppression des règles.* — Dans huit cas de fibromes ovariens nous constatons très nettement une suppression menstruelle en rapport avec le développement du néoplasme. Cette suppression est survenue dans deux de nos observations (XIV, XXIX), au moment où ces néoplasmes ont fait déjà depuis quelque temps (six mois, deux ans) leur apparition, c'est-à-dire ont acquis un certain volume. Dans quatre autres observations (X, XVI, XVII, XXVII) nous voyons la suppression des règles coïncider avec l'apparition même de la tumeur. Enfin dans deux cas (Obs. IX, XII) le développement du fibrome après avoir donné lieu pendant un certain temps (neuf mois dans un cas, plus de deux ans dans l'autre) à des métrorragies, amena leur disparition, puis la suppression absolue des règles a eu lieu par la suite.

Si nous envisageons maintenant dans leur ensemble au point de vue des troubles menstruels les trente-six cas que nous avons analysés, nous avons :

1° Six cas où il n'y a pas eu de troubles menstruels.

2° Huit cas où il y a eu des pertes hémorragiques, soit à l'occasion, soit en dehors de la période des règles.

3° Huit cas où il y a eu suppression.

4° Quatorze cas où les observations sont incomplètes ou muettes au sujet de la menstruation.

Que faut-il conclure de cela ? Pour les treize derniers cas nous ne nous croyons pas autorisé à émettre le moindre avis ; mais, pour les autres cas nous adopterons la conclusion suivante : si la menstruation reste normale dans 6/22 cas, rien cependant de bien précis ni de bien ins-

tructif ne résulte de ses diverses modifications. Tantôt on constate en ce qui concerne la quantité, la durée et le moment d'apparition des pertes hémorragiques, des irrégularités qui échappent presque à toute analyse : tantôt la menstruation est supprimée pour quelque temps ou définitivement, sans que pour cela l'une des manifestations soit plus fréquente que l'autre. De même si nous cherchons à connaître l'influence de l'âge, des grossesses antérieures, du volume des fibromes ovariens, sur tel ou tel symptôme concernant la menstruation nous arrivons aux déductions suivantes :

1° L'âge ne paraît avoir aucune influence.

2° Les grossesses antérieures ne sont pas plus fréquemment observées dans les cas compliqués de métrorragies et pas moins souvent signalées dans les cas accompagnés de suppression des règles.

3° Le volume des tumeurs, qui est souvent considérable dans les trois catégories de faits, ne semble pas influencer plus spécialement sur la manifestation, soit du symptôme hémorragie, soit du symptôme suppression menstruelle.

Il est un point à élucider : le fibrome de l'ovaire suffit-il à produire, par sa seule présence et sa seule évolution, le symptôme hémorragie ou la suppression des règles, ou faut-il attribuer ce symptôme à la concomitance de lésions utérines ou annexielles du côté opposé ?

Comme dans presque tous les cas de fibrome ovarien, l'examen des organes génitaux, à ce point de vue, n'a pas été fait, il est fort difficile de savoir « si l'on est autorisé à admettre une corrélation entre l'hémorragie et

le développement de la tumeur, qui aurait agi comme une cause incitatrice de la fonction menstruelle, selon la théorie admise par quelques auteurs. Pour accepter cette hypothèse, il faudrait connaître au préalable l'état de la muqueuse utérine et savoir s'il n'existe pas d'endométrite concomitante. Tant que l'on ne possèdera pas cette donnée importante, il me semble impossible de formuler rien de précis sur ce point de la question, et, tout en admettant comme possible une relation de cause à effet, je crois que l'on est tout aussi autorisé à n'y voir qu'une coïncidence. » Picqué.

Pour nous, il est certain, que, dans quelques cas, tout au moins, les troubles menstruels paraissent bien en corrélation directe avec l'apparition du fibrome ovarien qui, à lui tout seul, suffit à les occasionner.

2°. — TROUBLES PAR COMPRESSION

Ces troubles sont le plus souvent l'expression d'un état plus avancé, d'un accroissement plus considérable de la tumeur.

a) *Compression des nerfs. — Douleurs.* — Les douleurs sont un symptôme fréquent. A la phase initiale d'évolution du fibrome, elles sont dues probablement, ainsi que nous l'avons déjà dit, à l'irritation de la séreuse péritonéale. A la période d'état, elles changent souvent d'allure et la compression directe des plexus, par le fait de l'augmentation de volume du néoplasme, peut alors être mise en cause. On a affaire à de véritables névralgies.

Il importe cependant, tout d'abord, de signaler des

cas de fibromes ovariens qui ne s'accompagnent pas de douleurs (Obs. XIII, XXIX) et quelques observations où aucun phénomène douloureux n'est mentionné. Ces observations sont peut-être incomplètes à ce point de vue (Obs. IV, XIV, XVIII).

En rassemblant les notions qu'on peut extraire de ces fibromes ovariens, où la douleur a été nettement observée, on s'aperçoit facilement que rien n'est plus variable que les manifestations algésiques, soit comme intensité, soit comme durée, soit comme date d'apparition.

Dans certains cas, les douleurs constituent presque la seule expression symptomatologique, et durent pendant toute l'évolution du fibrome (Obs. XXVI, XXVII).

D'autres fois, la tumeur ovarienne s'est manifestée déjà par d'autres symptômes, tels que l'augmentation de volume du ventre, les troubles menstruels et les douleurs ne sont survenues que bien plus tard, souvent quelques mois seulement avant l'opération (Obs. I, II, et XII).

Enfin, il est des cas où le début du fibrome ovarien, marqué par des douleurs, est suivi d'une évolution indolente ou à peu près (Obs. XXVII).

Quant aux douleurs elles-mêmes, leur siège principal est à l'hypogastre, dans les fosses iliaques, avec irradiations le long des trajets nerveux (sciatique et crural).

Quelquefois, les douleurs gardent leur caractère primitif de généralisation à tout le ventre. Tantôt elles consistent en une simple gêne : elles sont vagues, sourdes ; tantôt elles sont vives, violentes, atroces, lancinantes, excessives, affectant franchement le caractère névralgique, et, par leur intensité, rendent la

marche pénible, troublent le sommeil, arrachent des cris aux patientes. Chez une malade de M. Rendu, le moindre mouvement un peu brusque est extrêmement douloureux et la fait tomber en syncope. Elle est obligée, pour avoir quelque soulagement, de prendre des positions bizarres, telle que se coucher sur le ventre?

La durée et les causes occasionnelles des douleurs sont variables : tantôt intermittentes, tantôt constantes, avec des exacerbations, elles surviennent ou augmentent à l'occasion d'une fatigue, ou à la période menstruelle.

On peut se demander si le développement de la tumeur est à lui seul capable de provoquer ces douleurs? A cela, M. Picqué répond : « Qu'il est bien difficile de dire s'il existe réellement un rapport de causalité entre l'évolution de la tumeur et les douleurs, car ces phénomènes douloureux se sont surtout produits chez ses malades, au début de l'évolution, et non pas sous l'influence du développement progressif de la tumeur. »

Comment expliquer alors les souffrances atroces apparues pendant l'évolution du fibrome, même s'il n'est pas très irrégulier en surface, et sans lésions utérines, annexielles ou péri-annexielles, concomitantes? Comment expliquer ces fibromes si douloureux à la pression? « La malade étant endormie, dès que l'index eut atteint la tumeur, la malade avait tressailli et poussé des cris perçants. On aurait eu affaire à un névrome, que la douleur n'eût pas été plus vive. » (XXVI). Comment expliquer cet autre cas de Morély, où le fibrome étant bilatéral, la douleur était aussi bilatérale?

Aussi admettons-nous plus volontiers la conclusion de M. Dartigues : « Que si la douleur peut ne pas appa-

raître, même dans des cas de grosses tumeurs irrégulières et compliquées plus ou moins de lésions annexielles opposées, d'adhérences épiploïques, d'ascite, etc., il n'en est pas moins vrai que le développement de la tumeur est, par lui seul, capable de déterminer la douleur.

b) *Phénomènes de Compression viscérale.* — D'une façon générale, ces phénomènes sont plutôt rares, car les fibromes de l'ovaire sont fréquemment mobiles et aussi souvent, si ce n'est presque toujours, en situation abdominale qu'en situation pelvienne.

Du côté de l'intestin et du rectum, dans deux seulement de nos observations, nous voyons signalés les phénomènes d'occlusion aiguë. Quelquefois, il y a de la constipation opiniâtre. Cependant, il est facile de concevoir que si la tumeur venait à être enclavée dans l'excavation pelvienne, ou si elle y envoyait des prolongements, des phénomènes d'occlusion pourraient survenir. La formation d'une ascite quelquefois considérable pourrait aussi amener des troubles intestinaux.

Du côté de la vessie, la compression est peut-être plus fréquente, quoique cependant encore peu observée. Dans quatre de nos observations (V, VII, XIII, XXVI), des troubles de la miction ont été signalés.

La rareté des troubles de compression viscérale tient probablement, comme l'a fort bien dit M. Bourgouin, à ce que les fibromes de l'ovaire, moins retenus dans l'excavation que les tumeurs analogues de l'utérus et des ligaments larges, ont moins de chance de s'enclaver ; de plus, les phénomènes de compression seront moins

absolus et moins définitifs; aussi, la compression des uretères et les troubles divers qu'elle engendre : néphrite, hydronéphrose, assez fréquents dans les fibromes du ligament large (Thèse de J. Albert, Lyon, 1892-93), ne sont pas signalés dans aucune de nos observations.

Des troubles dyspnéiques peuvent résulter de la distension énorme du ventre par l'ascite et devenir assez inquiétants pour nécessiter une ponction.

Nous signalerons, en terminant, l'œdème des membres inférieurs, dû à la gêne de la circulation veineuse.

B. — Signes Physiques

1°. — SIGNES FOURNIS PAR L'INSPECTION

On ne doit attendre de ce mode d'investigation que des renseignements peu précis; il peut rendre cependant compte de l'état général et nous aurons à revenir sur ce point important. Mais dans l'appréciation de l'état local, il est évidemment insuffisant. Deux cas peuvent se présenter : ou bien le ventre contient une grande quantité de liquide et alors son apparence ressemble plus ou moins à celle que détermine une ascite quelconque ou bien il y a peu ou pas du tout d'épanchement et la tumeur est déjà assez développée pour amener une déformation apparente de la région. Dans ces conditions l'oeil perçoit quelquefois une tuméfaction anormale, plus prononcée d'un côté que sur la ligne médiane, mais en réalité, il est exceptionnel de pouvoir apprécier à la vue une localisation nettement latérale.

Par l'inspection encore on peut constater (obs. XIII) l'infiltration et la venosité de la paroi abdominale et enfin l'œdème des membres,

2°. — SIGNES FOURNIS PAR LA PALPATION

C'est par la palpation qu'on peut contrôler ce que l'inspection nous a déjà appris et avoir des renseignements précis sur le siège, le volume, la consistance, les bosselures, les plus légers reliefs et même les simples sillons de la tumeur, mais pour cela on doit n'avoir recours qu'à la palpation bimanuelle, la palpation simple n'étant qu'un moyen d'appréciation d'ensemble de la tumeur.

La palpation superficielle renseigne sur la présence ou l'absence de l'ascite.

Etudions la fréquence de l'*ascite* en tant que symptôme de fibrome de l'ovaire. Dans les auteurs classiques la symptomatologie à ce point de vue n'est même pas esquissée.

Dans le traité de Pozzi, on trouve ceci : « C'est l'ascite qui attire généralement l'attention tout d'abord. . . . Lorsque ce symptôme manque, la tumeur peut rester inaperçue ou n'être découverte que par hasard. »

Lallemand soutient dans sa thèse que l'ascite est constante dans les fibromes de l'ovaire.

L'ascite serait donc, pour ces auteurs, le symptôme prédominant des fibromes de l'ovaire, symptôme devant donner l'éveil au chirurgien et le mettre sur la voie du diagnostic.

Au contraire, pour d'autres auteurs, tout particulièrement pour M. Picqué et M. Cornil l'absence de l'ascite est un symptôme des fibromes ovariens, et sa présence un indice de la dégénérescence sarcomateuse.

Si nous nous rapportons à nos observations et si nous prenons comme critérium l'absence et la présence de l'ascite, nous pourrions distinguer trois cas ;

1° Dans une première catégorie de seize observations l'ascite a été nettement constatée.

Ici on a trouvé parfois une réaction péritonéale assez intense, des adhérences intestinales ou épiploïques

2° Dans une deuxième classe nous rangerons les 7 cas où l'absence de l'ascite est bien démontrée.

3° Dans la dernière catégorie, rentre le reste de nos observations où les auteurs ne font point mention de la présence ou de l'absence de l'ascite. Pour ces observations il est difficile d'affirmer quoique ce soit vu que plusieurs n'ont été que de simples présentations de pièces anatomiques sans histoire clinique. Peut-être sera-t-il rationnel de penser pour quelques observations prises avec beaucoup de soins comme celle de Rendu (Obs. XXVI), que l'ascite existant était en quantité si minime qu'elle n'a point frappé les chirurgiens.

Comme conclusion nous admettrons que l'ascite sans être constante comme le prétend Lallemand, est un symptôme fréquent dans les fibromes purs de l'ovaire et que l'opinion de MM. Picquée, Cornil ne nous paraît pas justifiée, étant donné que l'examen histologique n'a point révélé de dégénérescence sarcomateuse, dans quelques cas de fibromes de l'ovaire accompagnés d'ascite.

Donc, l'ascite joue un rôle important dans la symptomatologie des fibromes ovariens et il est nécessaire de l'étudier en détail.

Voyons d'abord quelle est sa *pathogénie*. Diverses théories ont été émises pour expliquer la production de l'ascite et si chacune d'elles est susceptible d'expliquer certains faits, elle est tout à fait insuffisante vis-à-vis des autres faits.

M. Quénu explique la production de l'ascite, quand il existe des végétations à la surface de la tumeur, par la sécrétion colloïde de ces végétations, qui entraîneraient une osmose continue. Cette théorie, excellente pour les tumeurs papillaires, ne peut s'appliquer aux fibromes.

D'après la théorie de la compression, l'ascite serait due à un obstacle apporté à la circulation veineuse, amenant une congestion chronique du côté du péritoine, d'où transudation séreuse. Cette théorie qui peut s'appliquer aux tumeurs volumineuses, est manifestement insuffisante pour expliquer l'ascite dans les fibromes de petit volume.

La dernière théorie est la théorie de l'irritation mécanique de la séreuse péritonéale invoquée pour la première fois par Ziembieki dans sa thèse et reprise et « présentée sous une forme plus vraie, plus concordante avec les faits cliniques » par M. le professeur Dubard dans la thèse de son élève Deligny.

D'après cette théorie, toutes les fois que la tumeur est petite, bosselée, mobile, capable d'irriter la séreuse péritonéale par ses mouvements continus, il y a production d'ascite. Lorsque la tumeur est assez volumi-

neuse et si de plus elle est lisse et immobile, le péritoine n'est pas irrité et il ne se produit aucun épanchement (Thèse Deligny).

L'ascite n'est donc point fonction de la constitution histologique des tumeurs de l'ovaire, elle est tout simplement l'expression de leur mobilité et de l'irritation péritonéale qu'elles provoquent.

Pour être plus complet nous ne rappellerons que pour mémoire, la théorie de Nicaise, qui attribue la production d'ascite à la compression des uretères (cette compression amène de l'hydronéphrose et non de l'ascite); et celle de Waldeyer, d'après laquelle le liquide péritonéal serait sécrété par des cellules mucigènes que l'on trouverait sur l'ovaire.

Quelquefois le ventre est tellement distendu, qu'il est presque impossible de faire un examen approfondi sans l'évacuation préalable du liquide par une ponction.

Plus souvent la quantité de liquide est beaucoup moindre, et il est alors aisé de pratiquer *le palper profond bi-manuel* qui s'adresse à la tumeur elle-même et nous renseigne sur son siège, sa forme, etc.

a) *Siège*. — Le néoplasme, tant qu'il est petit, est situé dans la cavité pelvienne, placé latéralement par rapport à l'utérus, quelquefois dans la cavité de Douglas. Mais au fur à mesure de son développement, il monte dans la cavité abdominale et on le rencontre alors le plus souvent dans une des fosses iliaques, d'où il s'étend plus ou moins loin vers les régions avoisinantes en débordant la ligne médiane. Dans le cas exceptionnel de Spiegelberg le ventre était rempli par le fibrome.

b) *Forme*. — Nous avons dit dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique, que le fibrome conservait pendant un certain temps la forme primitive de l'organe, mais qu'en général la tumeur est arrondie, ovulaire, lisse et unie, parfois multilobée.

c) *Volume*. — Le volume présente des variétés nombreuses. Nous avons déjà dit qu'on a rarement l'occasion de faire l'examen du fibrome au début de son évolution, que le plus souvent la malade consulte le médecin, alors que son néoplasme a déjà atteint la grosseur d'une orange ou d'une tête d'enfant.

d) *Consistance*. — En palpant on sent généralement une tumeur dure, très résistante au doigt, donnant la sensation d'un corps fibreux.

Cependant, il faut être prévenu que dans certains cas, le fibrome de l'ovaire ne se présente pas avec cette fermeté et ainsi dans l'observation de Dubard, on avait une fluctuation obscure, à l'opération on la percevait encore, et on fit, pensant à l'existence d'un kyste, une ponction qui ne donna rien. Cette fausse fluctuation fut expliquée par le fait, que la partie centrale de la tumeur était en voie de ramollissement d'origine ischémique dû à la torsion du pédicule.

Dans les cas de fibro-kystes, la fluctuation, en tout cas la rénitence, pourra être perçue si la main a la chance de tomber sur la partie kystique du néoplasme. « Routh, Gym, ont montré que sur des tumeurs fibreuses ovariennes, on peut percevoir la fluctuation en dehors de l'existence de parties kystiques ; il suffit pour cela

que les tumeurs soient mollasses, vasculaires ou œdématisées. » Ziembiski.

e) *Fixité, mobilité*. — Tous les fibromes de l'ovaire sont mobiles au début. Si quelques-uns contractent plus tard des adhérences surtout épiploïques et rarement intestinales, dans la majorité des cas la mobilité est conservée pendant tout le temps de l'évolution.

Nous nous sommes expliqués longuement sur ce sujet à propos de l'anatomie pathologique et il est inutile d'y revenir, mais nous tenons à noter que la mobilité est un caractère positif et spécial des fibromes ovariens.

Cette mobilité on la constate avec les deux mains, et il est aisé de la produire quelquefois dans tous les sens, mais elle est plus souvent accusée dans le sens transversal.

f) *Sensibilité*. — La palpation permet de se rendre compte de la sensibilité de la tumeur, celle-ci peut être quelquefois très douloureuse à la pression (obs. II, XXVI) mais le plus souvent la palpation ne détermine que peu ou pas de douleurs.

3°. — SIGNES FOURNIS PAR LA PERCUSSION

La percussion ne donne pas en général des indications bien importantes, mais elle sert cependant à déterminer :

- a) La présence de l'ascite
- b) Le volume et l'étendue de la tumeur.
- c) La situation des anses intestinales.

La percussion permet de constater une matité absolue dans toute l'étendue de la portion abdominale de la tumeur et de la sonorité (anses intestinales), au-dessous de la tumeur, sur le côté opposé et en arrière d'elle dans le flanc correspondant. L'étendue et le siège de la matité ne se modifient guère par les diverses positions données à la malade.

Lorsque l'ascite existe, elle se reconnaîtra à ses signes ordinaires : ventre distendu, étalé, sillonné parfois d'arborisations veineuses, matité des flancs, alors que le centre de l'abdomen reste sonore. La matité se déplace facilement par les changements de position de la malade. Et enfin, par la percussion brusque, en choc, on a la *sensation du flot*.

Souvent dans ces cas, la percussion peut donner la sensation de ballottement abdominal comparable à celle éprouvée par un fœtus qui se déplacerait dans un hydramnios à la suite des chocs portés sur la paroi abdominale, ou bien encore, à celle d'un bloc de glace qui, refoulé dans un liquide, remonte peu après à la surface.

4°. — SIGNES FOURNIS PAR LE TOUCHER

Le toucher bimanuel est le mode d'examen qui donne le plus de renseignements, par conséquent, celui qui contribue le plus à l'établissement du diagnostic. Il nous renseigne sur : la situation, le volume, la consistance de la tumeur ; l'état de position et de mobilité du col et du corps de l'utérus et le rapport qui semble exister entre le néoplasme et la matrice.

Lorsque le fibrome a atteint des dimensions qui ne lui donnent plus droit de siège dans la cavité pelvienne et qu'il occupe la cavité abdominale, il est possible que le doigt ne rencontre rien d'anormal au fond du vagin. Mais si cette production morbide volumineuse envoie des prolongements dans la cavité pelvienne, ou bien, ce qui est plus fréquent, si la petite tumeur fibreuse n'a pas encore quitté le petit bassin, par le toucher on constate alors la présence de la masse solide et on apprécie ses caractères.

La mobilité de l'utérus peut aussi s'apprécier au toucher ; dans beaucoup de cas on parvient aisément à déplacer latéralement la portion vaginale et abdominale de l'organe. Cependant pour étudier les rapports de l'utérus et de la tumeur, le doigt ne suffit pas et il faut avoir recours au palper et au toucher combinés.

Par ce procédé, on arrive souvent à constater nettement l'indépendance de la matrice et de la tumeur, ce qui est d'une grande valeur pour le diagnostic. Si par le toucher on cherche à faire remonter la tumeur dans le ventre, il peut arriver, soit que le col reste immobile, soit que le mouvement lui soit transmis. Dans le premier cas, l'indépendance de la tumeur et de l'utérus est manifeste ; dans le second, elle peut exister malgré l'apparence contraire.

Le toucher bimanuel a permis à M. Dubard de reconnaître l'existence du pédicule, diagnostic que confirma l'opération.

Dans quelques cas le doigt constate le sillon de démarcation entre la tumeur ovarienne et le corps de l'utérus. Mais se baser exclusivement sur ce signe, qui

est évidemment important pour le diagnostic, n'est pas suffisant, d'autant plus que ce sillon est perçu aussi dans les cas de fibromes latéraux de l'utérus.

Il ne faut pas négliger de compléter le toucher vaginal par le *toucher rectal*, qui peut utilement aider à l'exploration bimanuelle. Il n'a été que très rarement pratiqué dans les cas qui servent de base à cette étude.

5°. — HYSTÉROMÉTRIE

C'est le meilleur moyen de diagnostic. On sait en effet que les fibromes utérins s'accompagnent d'hyper-trophie de l'organe et d'augmentation de sa cavité. Il est évident que si l'on trouve une cavité utérine presque normale, alors qu'on a sous la main une tumeur volumineuse plutôt latérale et paraissant être à la palpation et au toucher un peu mobile et indépendante de la matrice, il y a des raisons suffisantes de croire que l'utérus ne fait pas partie de cette tumeur et a gardé son autonomie. D'autre part les mouvements imprimés à la tige de l'hystéromètre ne sont nullement transmis à la masse néoplasique occupant les culs-de-sac vaginaux.

Il faut se rappeler, dans l'appréciation de la longueur de la cavité utérine, dit Pozzi « qu'une élongation de 2 ou 3 centimètres peut être produite par l'ascension et la traction de la tumeur ovarienne. »

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Voyons tout d'abord quelles sont les affections qu'on peut le plus facilement confondre avec le fibrome ovarien pendant *sa période de début* et s'il est possible de poser le diagnostic à ce moment :

En premier lieu nous avons les tumeurs solides malignes de l'ovaire (sarcome, cancer) qui comme le fibrome débutent par une phase latente et donnent plus tard, naissance aux mêmes symptômes indécis et non pathognomoniques. Mais ces tumeurs malignes présentent peut-être un caractère beaucoup plus accentué que les fibromes : douleurs plus rebelles, plus précoces, perturbation plus considérable des fonctions menstruelles, ascite également plus fréquente et plus hâtive.

Aussi M. Dartigues écrit-il : « La symptomatologie des tumeurs solides de l'ovaire, au début, est tellement ondoyante et diverse, tellement vague et occulte même, que l'on a, en vérité, très rarement l'occasion de

poser ce diagnostic. Si par des apparitions symptomatiques, fugaces ou réitérées, l'attention est attirée du côté de la zone génitale, on pensera à une affection utérine ou annexielle, parfois à une affection de voisinage ». Ainsi, dit-il, on croira avoir affaire à une métrite hémorragique dans les cas de métrorragies répétées avec douleurs. D'autres fois, les douleurs et les troubles nerveux font penser, soit à un gros ovaire scléro-kystique douloureux, soit à une annexite, l'ascite brusque, abondante, avec aptitude à récidiver après les ponctions, à une cirrhose atrophique de Laënnec, les troubles de la miction à une cystite, exceptionnellement la suppression des règles, coïncidant avec un état général défectueux, à de la tuberculose salpingo-ovarienne.

Nous croyons que, si toutes les fois qu'on se trouve en présence de signes fonctionnels laissant soupçonner le début d'un fibrome de l'ovaire, on procédait à un examen méthodique des organes génitaux, le toucher vaginal pratiqué d'une façon minutieuse, permettrait d'éviter bien des erreurs en faisant découvrir la petite tumeur dans un des culs-de-sac, souvent manifestement indépendante de l'utérus. Aussi M. Dartigues a-t-il raison de dire que : « Ces diagnostics de métrite hémorragique, de gros ovaire scléro-kystique, d'annexite, de tuberculose salpingo-ovarienne, de cystite, d'ascite cirrhotique paraissent quelque peu nébuleux pour quiconque aime l'exactitude. Mais nous avons cru devoir les signaler, car ils ont été faits par des médecins consciencieux et autorisés. »

Diagnostic différentiel à la période d'état

Le fibrome de l'ovaire a été confondu très souvent à cette période avec des *fibromes utérins* et des *kystes ovariens*.

Les fibromes utérins, avec leurs diverses variétés, sont des causes d'erreur. Aussi le diagnostic différentiel est-il très difficile, sinon impossible, entre un fibrome utérin sous-péritonéal pédiculé et le fibrome ovarien, et le plus souvent dans ces cas-là on a posé le diagnostic de fibrome utérin sous-péritonéal. Cette erreur est des plus compréhensibles et de nombreuses raisons l'expliquent, tout d'abord, c'est l'extrême fréquence de fibromes utérins comparativement à celle des fibromes de l'ovaire. Un fibrome pédiculé de l'utérus peut n'occasionner que des métrorragies insignifiantes et le plus souvent n'entraîne aucun trouble de compression. L'indépendance de la tumeur vis-à-vis de l'utérus peut exister ; d'autre part l'utérus est souvent fibromateux et peut contenir quelques petits fibromes en même temps que l'ovaire présente sa tumeur fibreuse. On voit que l'erreur de diagnostic est des plus aisée à commettre. Cependant, si l'on pratique un examen méthodique et détaillé et si l'on veut tenir compte des particularités de l'évolution de l'affection, il n'est pas impossible d'arriver au vrai diagnostic ; et, bien que parfois il soit d'une extrême difficulté, on peut parvenir à constituer un faisceau de probabilités en faveur du fibrome ovarien. Ainsi on observe plus souvent l'absence

de métrorragie, la mobilité du néoplasme est plus appréciable, son indépendance plus complète dans les cas de fibromes ovariens. Enfin, l'hystérométrie constitue un moyen de diagnostic, assez sûr. Indépendamment des dimensions de la cavité utérine, la direction même du cathéter renseignera sur la topographie extérieure de l'organe et ses connexions avec la tumeur voisine. On ne devra donc jamais négliger le cathétérisme utérin. Mais il est une remarque à faire : c'est qu'il faut se méfier d'une élongation de l'utérus par traction de la tumeur ovarique, d'une disposition spéciale de la corne utérine qui est parfois étirée. Il ne faudrait donc pas tenir compte d'un allongement d'une cavité utérine par trop faible.

L'altération plus prononcée de l'état général, l'ascite assez fréquente, l'augmentation progressive de la tumeur constatée dans des examens successifs, la cavité utérine restée normale ou à peu près (Picquée), sont des signes en faveur du fibrome ovarien, lorsqu'il s'agit de fibromes volumineux, fixes, immobiles où l'examen gynécologique est difficile.

Une des erreurs les plus fréquemment commises est celle qui consiste à faire un diagnostic erroné de *kyste de l'ovaire*.

Quelques auteurs prétendent, à tort, qu'il est toujours facile de reconnaître un kyste de l'ovaire. Nous disons à tort, car dans la presque majorité des cas on a pris le fibrome pour une tumeur kystique.

Les *kystes uniloculaires* sont fluctuants et généralement insuffisamment distendus pour simuler un fibrome, mais ce qu'il faut se rappeler surtout c'est que

cette variété de kystes n'est pas lobulée ou bosselée et que l'ascite fait ordinairement défaut dans les kystes ovariens. Il est des fibromes ovariens qui prêtent à un diagnostic erroné ; ils sont mous, tout comme certains fibromes utérins, à cause de leur infiltration œdémateuse, et des géodes parsemées dans leur masse ou à cause de nécrose centrale avec ramollissement par suite de l'ischémie due à la torsion pédiculaire.

Quant au *kyste multilobulaire* avec lequel on confond les fibromes ovariens arrivés à un stade assez avancé, il a pour caractère différentiel l'inégalité de consistance des bosselures de sa surface, tandis que les lobes du fibrome sont d'une consistance uniforme à de rares exceptions près.

La présence de bosselures élastiques, dépressibles et nettement fluctuantes fera pencher vers les productions kystiques.

On peut confondre les fibromes ovariens avec la grossesse. En effet, des malades se sont présentées à un examen médical avec la conviction d'une grossesse. L'absence des règles plus ou moins prolongée, l'augmentation non douloureuse et progressive du ventre, les coliques, comme expulsives, avec pesanteur et tiraillement lombaire, caractéristiques de l'imminence d'un avortement ou d'un accouchement leur avaient donné cette croyance bien compréhensible. L'ouverture du col utérin, sa mollesse comme dans un utérus gravide, s'ajoutant à quelques-uns ou à l'ensemble des signes précédents, pourraient induire en erreur les médecins eux-mêmes.

Le fibrome ovarien avec épanchement ascitique peut

fort bien être confondu avec une grossesse compliquée d'hydramnios.

Dans certains cas : « l'absence menstruelle pendant un temps, quelques douleurs expulsives, une perte de sang comme s'il s'agissait de l'expulsion d'un caduque, avec une mollesse constatée du col de l'utérus, l'illusion de fontanelles perçues au niveau de la tumeur dans un des culs-de-sac latéraux du vagin, l'illusion due à la présence de sillons profonds creusés perpendiculairement les uns aux autres à la surface du néoplasme, peuvent faire croire à une grossesse extra-utérine. » Dartigues.

Nous ne citerons que pour mémoire la distinction que l'on peut avoir à faire avec toutes les tumeurs qui se laissent percevoir au niveau des culs-de-sac vaginaux, en particulier l'hématocèle, le phlegmon du ligament large, les suppurations pelviennes, la pelvi-péritonite, etc. « l'on sait toutes les difficultés d'interprétation qui peuvent se trouver réunies, surtout lorsque la tumeur ovarienne qu'on cherche à reconnaître est elle-même le point de départ d'accidents inflammatoires anciens ou récents » (Segond).

Nous arrivons au *diagnostic différentiel entre le fibrome et les tumeurs malignes de l'ovaire : Sarcome et cancer.*

La tumeur est-elle un sarcome ou un cancer ? Nous sommes d'avis que le plus souvent et jusqu'à nouvel ordre, il sera présomptueux d'être affirmatif dans un sens ou dans l'autre. Résumons cependant les signes des tumeurs malignes et essayons de voir si quelques-uns d'entre eux ne pourront pas plus spécialement s'appliquer au sarcome ou au cancer.

Le sarcome de l'ovaire ne s'observe pas plus souvent dans la jeunesse comme on le dit d'ordinaire ; c'est plutôt dans l'âge moyen de la vie. Mais l'âge ne peut fournir ici aucun élément de diagnostic. Ici, la phase de latence est plus abrégée, l'ascite est plus ordinaire et surtout peut s'observer plus tôt ; sa présence n'est pas caractéristique, elle peut manquer totalement ; le début peut être marqué par un amaigrissement non très prononcé, mais précoce et lentement progressif. Rappelons qu'il y a des rémissions et que l'on a vu des malades sarcomateuses reprendre un certain embonpoint à la suite d'un traitement général approprié, et après l'arrêt des métrorragies qui les avaient épuisées. La consistance du sarcome n'est peut-être pas aussi ferme que celle du fibrome, on n'a pas la sensation de lignosité. Sa surface extérieure est plus souvent bosselée et irrégulière, non lisse comme le veulent quelques auteurs qui attribuent à ce signe une valeur considérable. La généralisation, les métastases et la récurrence sont possibles, mais cependant rares. De plus, l'augmentation progressive et croissante et surtout par à-coups, ainsi que la bilatéralité de la tumeur, sont des symptômes qui militent en faveur du sarcome. Beaucoup plus rarement que dans le fibrome, la menstruation reste régulière et normale pendant toute l'évolution de l'affection ; la suppression des règles s'observe dans le tiers des cas.

La disparition de la mobilité et l'enclavement sont des phénomènes plus hâtifs. Mais les troubles de compression vasculaire ou viscérale, ainsi que l'aggravation de l'état général, tout en se manifestant plus tôt que

dans le fibrome, sont des signes relativement assez tardifs (dans le sarcome).

Le cancer survient plus souvent chez des femmes d'un certain âge, bien qu'il y ait des exceptions remarquables ; néanmoins, la moyenne des malades a dépassé la ménopause. Nous n'accordons pas cependant à l'âge une signification précise. Quant à l'évolution, elle a une grande similitude avec celle du sarcome, mais elle est, pour ainsi dire, plus *raccourcie*. L'ascite, qui peut totalement faire défaut, se rencontre cependant le plus souvent ; le caractère hématique du liquide retiré par la ponction est une sérieuse présomption en faveur du cancer. La consistance du néoplasme cancéreux est *molle*, alors que le sarcome est plus *dur*, mais elle est loin d'être caractéristique.

Les signes les plus décisifs sont donnés par le retentissement local ou général du néoplasme, par sa marche accélérée. Les douleurs intolérables, l'infiltration du voisinage, l'apparition hâtive des phénomènes œdémateux, l'amaigrissement, l'infection générale de l'économie constituent un syndrome qui ne peut laisser aucun doute sur la gravité du mal auquel succombent les malades en peu de temps, soit par cachexie, soit par l'intervention de complications.

CHAPITRE VI

Evolution, Complications, Pronostic, Traitement

L'évolution du fibrome de l'ovaire se poursuit pendant longtemps à travers un état général presque parfait ; la santé est bonne, les forces sont conservées, l'aspect extérieur est normal. Durant ce laps de temps, variable nécessairement suivant les cas, le fibrome de l'ovaire, par sa symptomatologie peu bruyante, par l'absence fréquente de troubles fonctionnels mettant immédiatement la vie en danger, semblerait ne pas exiger l'intervention.

Mais à la longue, la cachexie finit souvent par s'installer, l'état général s'altère ; les hémorragies peuvent devenir profuses et anémiantes ; les douleurs atroces et intolérables, l'ascite peut se reproduire malgré les ponctions répétées et causer une dyspnée pénible. Le ventre devient énorme avec quelques arborisations veineuses, l'œdème apparaît à l'hypogastre et aux membres inférieurs. Même des troubles viscéraux par compression se sont accusés d'une façon plus grave ; et

si l'opération ne vient apporter un changement heureux dans cet état de choses, la mort ne tarde pas à survenir.

Il est à remarquer qu'on a même observé des cas où la santé s'altère dès le début apparent du fibrome et où la malade se présente à l'examen très affaiblie. Le facies tiré et pâle, la marche pénible, indiquent un acheminement vers l'état cachectique.

L'évolution du fibrome de l'ovaire peut être interrompue par une maladie intercurrente mortelle ou par des complications diverses.

On a signalé des lésions annexielles suppurées, concomitantes au fibrome ovarien.

Dans deux de nos observations, on a constaté un prolapsus total de l'utérus, en même temps que le fibrome de l'ovaire.

Une des complications redoutables qui ne survient que rarement, il est vrai, c'est la torsion du pédicule du fibrome ovarien. La torsion s'annonce par des phénomènes rapidement inquiétants de pelvi-péritonite donnant par la suite lieu à des adhérences viscérales qui, outre qu'elles rendent plus tard l'opération plus laborieuse et plus dangereuse, pourraient occasionner des accidents graves, tels que l'occlusion intestinale.

Les adhérences se produisent aussi à la suite d'irritations péritonéales, provoquées par l'enclavement de la tumeur dans le petit bassin; il en est de même dans les cas de fibromes volumineux, où l'épithélium protecteur s'altère et disparaît.

On a constaté la transformation calcaire du fibrome ovarien.

Mais voici une complication à laquelle nous attachons

une importance capitale; nous voulons parler de l'association plus ou moins tardive de l'élément sarcomateux (au fibrome) ou plutôt de la dégénérescence sarcomateuse qui, dans un cas de la thèse de Bourgouin, comme dans les observations (V et XIII), est très remarquable; cette transformation a été en effet surprise à son stade initial. Aussi la tumeur qui paraissait très torpide dans son évolution peut tout à coup présenter des caractères indiquant la malignité du néoplasme et mettant vite la vie en danger. Comme cette dégénérescence sarcomateuse et le pronostic qu'elle comporte ne peuvent malheureusement être prédits d'une façon certaine, même par l'examen le plus consciencieux, on voit quel avantage il y a à opérer de bonne heure.

Pour toutes ces raisons nous croyons que l'*intervention* est tout indiquée dans les fibromes de l'ovaire, même en l'absence de toute perturbation de l'état général. Il n'en serait pas de même s'il s'agissait d'un fibrome utérin, également bénin, dont la ménopause viendrait certainement limiter la période d'accroissement.

Il est à considérer que l'opération se présente généralement dans des conditions de bénignité extrême et s'exécute avec une facilité surprenante, le fibrome étant mobile et libre de toute adhérence; l'opération donne des résultats excellents et durables.

Il est des cas plus complexes qui rendent l'opération plus pénible et plus dangereuse et sont sujets d'appréhension au point de vue du résultat, grâce à l'état général défectueux, grâce aux adhérences et à certaines complications, telles que la torsion pédiculaire, ou la concomitance d'autres lésions suppurées. Mais il n'est pas

moins vrai, que toutes les fois que l'intervention s'est faite dans des conditions irréprochables d'asepsie, les malades en ont beaucoup profité et sont parties parfaitement guéries.

A ce propos, M. Demons, de Bordeaux, a dit au Congrès de chirurgie de Paris (20-25 octobre 1902) avoir observé au cours de l'évolution de ces tumeurs bénignes la production plus fréquemment qu'on ne le croit de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs, même de l'amaigrissement, et de l'épanchement pleurétique, bref, tous les symptômes que déterminent les tumeurs malignes. Il y a là un cortège symptomatique de nature à faire naître les plus grandes appréhensions. C'est ainsi que dans deux cas dont il a été le témoin, les chirurgiens se refusèrent à intervenir, et dans un troisième cas, lui-même n'est intervenu que la main forcée; cependant ces trois malades ont guéri et tous les troubles ont disparu. Aussi déclare-t-il qu'il est préférable de ne pas ajourner l'opération, mais au contraire d'intervenir au plus vite.

Pour ce qui est de *l'opération elle-même*, elle consiste dans la simple *ablation* du fibrome, mais par voies diverses.

Dans presque tous les cas de fibromes plus ou moins volumineux, c'est à la *laparotomie* qu'on a recours et c'est elle qui réunit le mieux les conditions de réussite.

L'ovariotomie sera bilatérale toutes les fois que les annexes du côté opposé à la tumeur seront atteintes d'un néoplasme ou soupçonnées malades. Si l'utérus est lésé, on fera l'hystérectomie abdominale totale, dans le cas d'un gros néoplasme; mais quand celui-ci sera de petit volume on pourra donner la préférence à l'hysté-

rectomie vaginale. Mais il faut savoir respecter l'ovaire du côté opposé s'il n'est pas altéré, car l'on a vu des femmes devenir enceintes et mener une grossesse à terme après l'ablation de la tumeur, témoins les cas de Routier et de Segond.

Quelquefois, pour des fibromes peu volumineux on pourrait suivre l'exemple de M. Segond qui, dans l'idée de ne pas attenter à la netteté de la paroi abdominale et pour lui éviter une cicatrice, fit la coélotomie postérieure, ce qui lui permit d'enlever par cette voie simple et peu dangereuse, un fibrome ovarien gros comme une mandarine.

Dans des circonstances analogues « on peut avoir recours si du moins le cas le permet, à l'incision transversale sus-pubienne cachée dans les poils qui dissimulent fort bien la cicatrice laparatomique ainsi que l'ont pratiquée Kustner, Frantz, Kapin et Segond en France. » Dartigues.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

Nous avons cru utile, pour faciliter l'étude de nos observations, de les répartir en quatre catégories, suivant la qualité et la précision des détails fournis par leurs auteurs :

1^e Catégorie : Observations complètes avec examens histologique et clinique (I à XX);

2^e Catégorie : Observations portant sur l'examen histologique avec peu ou pas de détails cliniques (XX à XXVI);

3^e Catégorie : Observations portant sur l'examen clinique détaillé et sur la description macroscopique du néoplasme, suffisants pour affirmer le diagnostic (XXVI à XXX);

4^e Catégorie : Observations basées sur la présentation de pièces anatomo-pathologiques sans examen

histologique, avec peu ou pas de renseignements cliniques (Obs. XXX et les suivantes).

L'exactitude du diagnostic dans les observations des deux premières catégories est certaine, — elle est plus que probable pour celles de la troisième catégorie; — nous ne saurions être affirmatif sur le diagnostic des observations de la quatrième catégorie rendu douteux par le manque d'examen histologique.

1^e Observations complètes avec examens histologique et clinique

OBSERVATION I (inédite)

Fibrome pur de l'ovaire droit tordu sur son pédicule. Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Castration double.

Marie Picard, âgée de 45 ans, entrée dans le service de M. le professeur Poncet, le 15 août 1902.

Santé habituelle assez bonne. N'a jamais été bien forte, mais n'a pas eu de grave maladie.

Réglée à 15 ans, assez régulièrement et a toujours souffert les deux premiers jours des règles. Quatre accouchements. Les trois premiers normaux, seul le dernier qui remonte à quatre ans, a été pénible, douloureux avec des suites de couches fébriles. Les règles sont revenues un mois après (pas de nourrissage). Au cours de ce dernier accouchement s'est produit une déchirure périnéale et un prolapsus utérin, et depuis, des pertes hémorragiques et dans leur intervalle des pertes blanches très abondantes, parfois de l'hydrorrhée qui affaiblirent beaucoup la malade.

A plusieurs reprises des crises de péritonisme, avec augmentation de volume du ventre, douleurs, vomissements, constipation, en dehors desquelles les fonctions digestives sont assez

normales. Ce sont ces crises qui la décidèrent à se faire admettre à l'hôpital. Elle ne peut pas dire depuis combien de temps elle est porteur d'une tumeur.

Actuellement. — Femme maigre, mais bon état général.

A la palpation. — On sent une volumineuse tumeur, occupant la fosse iliaque droite, remontant de ce côté jusqu'à deux travers de doigt des fausses côtes, remplissant le bas-ventre et une partie de la fosse iliaque gauche.

La tumeur est dure, et en avant d'elle on trouve des anses intestinales, probablement adhérentes, où roulent des gaz.

Au toucher. — Prolapsus utérin, col à la vulve. On ne peut ni descendre ni faire remonter l'utérus. Grâce au toucher vaginal, combiné à la palpation, on perçoit nettement deux tumeurs différentes: l'une bien plus grosse, très dure, de volume d'une tête de fœtus à terme, arrondie, siégeant à droite et occupant la fosse iliaque droite et une partie du bassin de ce côté. Enfin, elle ne semble pas enclavée, car elle a une légère mobilité, mais très probablement adhérente avec les anses intestinales. L'autre tumeur à gauche, grosse comme le poing, celle-ci est moins dure, même peut-être fluctuante?

Au toucher, on constate encore un sillon fort net entre les deux tumeurs et on fait le diagnostic de kyste de l'ovaire à gauche et de fibrome pédiculé de l'utérus à droite, car les adhérences du fibrome, le fixant dans la région lombaire droite faisaient écarter l'idée d'un fibrome de l'ovaire ordinairement plus mobile.

En raison des phénomènes péritonéaux aigus qui faisaient penser à une torsion du pédicule de l'une de ces tumeurs, l'opération fut décidée et pratiquée le 26 août par M. X. Delore.

Opération. — Laparotomie sous-ombilicale. On arrive de suite sur la grosse tumeur, en avant d'elle est une anse grêle adhérente à la tumeur. On la libère avec précaution, on essaie de luxer la tumeur, mais pour y arriver, il faut décoller le

côlon sigmoïde, qui est dans presque toute son étendue adhérent aux faces postérieure et inférieure de la tumeur.

Ceci fait, on s'aperçoit que la tumeur est non pas d'origine utérine, mais s'implante par un pédicule assez petit sur les annexes droites, et que l'ovaire droit a complètement disparu dans cette tumeur.

Le pédicule est tordu sur lui-même dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. La deuxième tumeur est développée aux dépens de l'ovaire gauche, non adhérente, nettement kystique; c'est un kyste dermoïde. Castration double et ventrofixation de l'utérus prolabé, ce dernier était gros, mais non fibromateux. Le ventre est refermé.

29 août. — Un peu de réaction péritonéale les jours suivants, mais bon état général.

6 septembre. — On enlève les fils. Pas de suppuration, ni d'hématome. La malade présente constamment un peu de température que rien n'explique.

Au toucher on sent cependant un peu d'induration dans le cul-de-sac droit.

11 septembre. — La température s'étant élevée encore, la malade est amenée à la salle d'opération, au toucher, tuméfaction dure, douloureuse, non fluctuante dans la base du ligament large à droite. Aussitôt, M. Delore fait incision du cul-de-sac postérieur et tâche d'arriver sur ce point tuméfié. On ne trouve rien, ni hématome, ni abcès.

14 septembre. — La température est brusquement tombée. Meilleur état général.

21 septembre. — Cette nuit, à minuit, abondante métrorragie, la malade était inondée de sang. Glace sur le ventre, injections vaginales très chaudes. La métrorragie s'arrête, elle recommence à 1 h. 1/2, puis à 6 heures du matin. Tamponnement vaginal. La métrorragie cesse. Le tamponnement est laissé.

80 grammes de sérum gélatiné.

Pouls misérable à 120, pâleur extrême.

22 septembre. — Pouls un peu plus tenu encore faible,

à 116 ; 500 grammes de sérum artificiel. L'hémorragie ne s'est plus reproduite.

23 septembre. — Anesthésie. Incision du cul-de-sac postérieur permettant de mettre le doigt dans une volumineuse cavité, origine probable de l'hémorragie. Il y a des caillots, mais pas de sang. Cette cavité est creusée dans la base du ligament large droit.

On la tamponne après avoir élargi son orifice.

500 grammes de sérum.

La malade part guérie le 15 octobre 1902.

Description macroscopique des deux tumeurs :

1° L'une grosse, consistance dure, apparence réniforme pesant 2 kil. 500, c'est le fibrome qui, sur une coupe fraîche, présente une coloration vineuse à la périphérie et un centre partiellement sphacélé ;

2° Petite tumeur kystique de l'ovaire gauche, ayant à son intérieur un liquide blanchâtre et gras. Sur sa paroi s'observe l'insertion de mèches de longs poils.

Voici la feuille du laboratoire relative à l'examen histologique pratiqué par M. Paviot, de la tumeur de l'ovaire droit à pédicule tordu.

1° *Fragment de surface.* — Sur les coupes on ne rencontre que d'énormes faisceaux conjonctifs festonnés et dans l'intervalle des lignes, de petites cellules rondes un peu granuleuses, un peu sombres. On ne rencontre aucune formation kystique, aucun faisceau musculaire lisse et aucun follicule de Graaf. Si le fragment est bien réellement superficiel, on pourrait admettre un fibrome pur ; les petites cellules rondes interstitielles pouvant être d'apparition récente ;

2° *Fragment pris vers le centre.* — Même constitution surtout fibreuse, mais les faisceaux conjonctifs sont plus dissociés encore soit par des cellules rondes, soit par des débris granuleux provenant de celle-ci, soit enfin par une substance granuleuse, d'œdème coagulé, par les fixations.

Il y a aussi quelques hémorragies interstitielles.

Au total, la masse paraît surtout fibreuse, pas myxomateuse et présente sur les coupes des lignes d'œdème brusque.

La coexistence d'un fibrome et d'un kyste dermoïde plaide en faveur de l'origine congénitale de la tumeur fibromateuse (Delore), et il est intéressant de remarquer que malgré cette malformation double des ovaires, le passé de la malade ne décèle aucun trouble de la fonction ovarienne et que la malade possédait des règles normales, même pendant les derniers mois précédant l'opération.

OBSERVATION II

Fibrome de l'ovaire

(Par M. Paul MORELY. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1898, 4 novembre).

M^{lle} G. Berth, âgée de 22 ans, entre le 8 juillet 1898, salle Delessert à l'hôpital Thenon dans le service de notre maître, M. Chaput.

Rien de particulier dans l'histoire de ses antécédents héréditaires. Quant à notre malade, elle n'a jamais eu d'affection grave, ni enfants, ni fausse couche.

Réglée à 15 ans. Au début règles irrégulières et très abondantes, tous les quinze jours ou trois semaines, pas douloureuses. Elles conservent ces caractères jusqu'au mois de mars dernier, depuis la malade a des pertes de sang constantes ; pertes assez abondantes en mars et en avril se réduisant à un suintement en mai et juin derniers. En même temps se déclara une douleur dans l'abdomen, sourde et continue, mais ne troublant pas le sommeil, augmentant sous l'influence de la fatigue et par la pression qui déterminait une vive souffrance. Cette douleur occupait tout l'hypogastre, mais surtout les deux fosses iliaques, avec irradiations lombaires et crurales. La malade entre à l'hôpital en raison de son état.

Etat actuel. — Signes physiques : la palpation et la percussion abdominales ne donnent aucun résultat appréciable. Le

toucher vaginal fait sentir un col normalement situé, mou comme celui d'un utérus gravide.

Le corps de l'utérus est très antefléchi ainsi qu'on peut s'en rendre compte par le palper bimanuel. Dans le cul-de-sac postérieur, le doigt tombe sur une masse très grosse, du volume du poing, irrégulière et surtout proéminente à droite. Douloureuse à la pression, cette tumeur n'est pas fluctuante. Elle paraît indépendante de l'utérus. Le toucher rectal confirme ces données. La malade est très affaiblie ; elle se plaint d'avoir beaucoup maigri depuis quatre mois, date du début de sa maladie. L'appétit est toujours bon, mais la malade a des digestions difficiles depuis deux ans. L'appareil urinaire fonctionne bien. Ni sucre, ni albumine.

Opération. — Le 11 juillet 1898, laparotomie médiane. Grosse tumeur du volume du poing lisse et dure, formée par l'ovaire droit : ablation. A gauche, ovaire petit, d'un blanc faïence, paraît présenter la même altération que celui du côté opposé, mais au début : ablation.

A l'examen macroscopique, la tumeur est formée de tissu œdématisé avec géodes au centre. L'autre ovaire présente de nombreux petits kystes.

L'examen histologique a été pratiqué. M. Cornil admet, dans le cas présenté aujourd'hui, le fibrome pur. On ne trouve pas à la surface les follicules ovariens qu'on rencontre d'ordinaire. D'un autre côté on ne note ni fibres élastiques, ni fibres musculaires ; ce n'est donc pas un fibro-myome, mais un fibrome vrai.

OBSERVATION III (résumée)

Fibrome de l'ovaire

(Observ. publiée par M. le professeur DUBARD. — *Bull. méd. du Nord*, Lille, 1893, p. 7 à 13, XXXII vol.).

Mme X..., âgée de 47 ans, toujours bien réglée depuis l'âge de 16 ans, a eu treize grossesses normales ; la dernière il y a un peu plus de trois ans. Quand la grosseur se montra, elle se crut de nouveau enceinte, mais la régularité de ses

règles et leur caractère toujours identique lui fit abandonner cette idée.

La tumeur augmenta lentement et régulièrement, ne donnant lieu qu'à quelques douleurs passagères et de temps en temps à quelques vomissements, jusqu'au mois de décembre dernier où la malade éprouva tous les symptômes d'une péritonite localisée à la partie inférieure. Depuis lors, les douleurs spontanées ont été plus fréquentes et plus vives, et la pression les réveillait, surtout dans la partie médiane et droite du ventre. Elles ont fini par altérer la santé générale en sorte qu'à son entrée à l'hôpital, le 21 avril 1892, la malade est pâle et très affaiblie.

À la vue, augmentation de l'abdomen dans ses deux tiers inférieurs. Pas de changement de couleur de la peau, ni de développement veineux sous-cutané notable. Œdème assez prononcé des grandes lèvres.

À la palpation, tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, arrondie sans bosselure, présentant un peu de mobilité dans le sens transversal. Elle paraît présenter une fluctuation obscure. La percussion donne de la matité dans toute l'étendue de cette tumeur et de la sonorité dans les flancs.

Le toucher vaginal, combiné à la palpation abdominale, révèle dans le cul-de-sac latéral droit, l'existence d'un cordon assez volumineux indépendant de l'utérus et suivant manifestement tous les mouvements de la tumeur.

C'est probablement un pédicule correspondant au ligament large ; il paraît court et très épais.

Les renseignements donnés par la malade, les caractères de la tumeur, l'existence d'un pédicule au voisinage de l'utérus conduisent M. Dubard à discuter au point de vue du diagnostic, les hypothèses suivantes : kyste de l'ovaire, fibrome pédiculé de l'utérus ou de l'ovaire, kyste de l'ovaire avec concomitance d'un cancer du corps de l'utérus étendu à la trompe.

M. Dubard ne s'arrête pas longtemps à ce dernier diagnostic. La longue durée de la maladie, l'absence de tout

écoulement sanguin entre les règles, l'indépendance du pédicule et de la matrice qui ne paraît pas douteuse, car celle-ci jouit d'une mobilité très notable, font rejeter l'hypothèse d'un cancer de l'utérus étendu à la trompe, malgré l'œdème des grandes lèvres.

L'existence d'une vague fluctuation tend à faire éliminer les tumeurs solides de l'ovaire en faveur du kyste, avec quelques réserves.

Laparotomie le 15 mai 1892. Incision sur la ligne médiane. On voit des anses intestinales, vides, aplaties, adhérentes à toute la face antérieure de la tumeur (si la ponction avait eu lieu)?! On les détache. La tumeur grise, lisse, globuleuse apparaît, elle est fluctuante. On la ponctionne, rien ne s'écoule.

Le pédicule est épais, tordu sur lui-même, il se trouve au niveau de l'aileron postérieur du ligament large droit, en arrière de la trompe qui est étalée ainsi que son pavillon sur la face antérieure de la tumeur.

On ne trouve pas d'ovaire droit.

L'ovaire gauche est sain.

La section de la tumeur donne l'explication de la fluctuation : sa partie centrale est trouvée ramollie, gorgée de sang, il s'est écoulé à la coupe une assez grande quantité d'un liquide séro-sanguinolent. Ce ramollissement est dû à la torsion du pédicule.

Pas d'ascite, ce qui n'est pas général. La masse de la tumeur est constituée par des faisceaux fibreux séparés par des trainées de globules sanguins ; pas de fibres musculaires lisses.

OBSERVATION IV (résumé)

Tumeur solide de l'ovaire droit et ascite chez une femme de 77 ans,

Ovariectomie double. Fibromes ovariens. Guérison

(TERRIER. — *Le Progrès médical*, 1888)

Mme Françoise L..., âgée de 77 ans, entre le 26 janvier 1888, salle Chassaignac, service de M. le docteur Terrier.

Réglée à 18 ans, les règles ont toujours été régulières, de durée moyenne.

Elle a eu un enfant à l'âge de 25 ans.

Ménopause sans phénomènes spéciaux. Pas de maladies graves.

Au mois de juillet 1887, l'abdomen commença à grossir du côté droit, la malade sentait alors quelque chose de dur de ce côté. Quelques mois après, elle eut un peu d'œdème des malléoles à la jambe droite ; mais l'enflure disparut rapidement. Le ventre grossit peu à peu, la malade entre à l'hôpital. Elle n'a jamais souffert du ventre, n'a pas eu de métrorragie ni d'écoulement vaginal d'aucune sorte.

Etat actuel. — 12 février 1888. Cette femme est presque impotente. C'est à peine si elle peut s'asseoir sur son lit et garder cette position pendant quelques instants. Rien de particulier sur son état, si ce n'est de l'amaigrissement et une toux qui la fatigue, surtout la nuit.

Inspection. — Le ventre est très volumineux, élargi dans les flancs, un peu asymétrique, plus saillant du côté droit. La paroi abdominale n'est pas très tendue, la cicatrice ombilicale n'est pas déformée.

Pas de veinules sous-cutanées, pas de vergetures ; la peau est sèche.

A la palpation. — La tumeur occupe principalement la partie droite du ventre, elle flotte dans une couche liquide, elle est dure, mobile dans le sens transversal et de bas en haut.

A une palpation plus délicate on note sur cette tumeur l'existence de deux parties plus saillantes, régulièrement arrondies, touchant sur le reste de la masse et situées immédiatement au contact de la paroi abdominale, sans interposition de liquide.

Il est assez facile de limiter la tumeur, en la mobilisant ; et si on la refoule dans la profondeur, elle revient frapper la main appliquée sur la paroi. On a très nettement la sensation

de flot à la percussion (ascite abondante). Sonorité dans toute la région sus-ombilicale. Matité absolue dans les deux flancs et à toute la partie inférieure du ventre.

Il y a un œdème mou notable dans le membre inférieur droit. La main avec l'avant-bras droit, la partie droite du thorax au voisinage du sein, sont aussi œdématiées.

Au toucher vaginal, l'utérus paraît petit et atrophié, mobile, la grosse tumeur en est complètement indépendante. Rien dans les culs-de-sac du vagin.

On pose le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire droit avec ascite.

Opération, le 14 février 1888. On fait l'ablation d'une tumeur solide de l'ovaire, de volume d'une tête d'adulte, pesant 3 kgr. 850 gr., de forme régulière, à surface lisse ayant contracté des adhérences avec l'épiploon, avec l'intestin et reliée au petit bassin par un mince pédicule étalé.

Le pédicule comprend le ligament large et la trompe qui présentent tous deux quelques kystes transparents.

A la surface de la tumeur presque pédiculée, sur elle, existe une masse blanche, ovoïde et dure, du volume d'un gros œuf de poule, présentant à la coupe l'aspect des fibromes utérins.

La section de la tumeur la fait reconnaître pour une tumeur solide, de couleur blanc jaunâtre, de consistance fibreuse lardacée, sauf en certains points où la couleur est rouge brunâtre et où la tumeur est absolument infiltrée de sang.

Description histologique. — La tumeur est un fibrome présentant de nombreux points de dégénérescence graisseuse plus ou moins avancée et d'autres littéralement infiltrés de sang.

Dans la masse ovoïde annexée à la tumeur principale ainsi que dans la masse fibreuse qualifiée d'ovaire de l'autre côté il n'existe trace de tissu ovarien normal, la transformation fibreuse des ovaires est donc complète.

OBSERVATION V

Volumineux fibrome de l'ovaire, sans ascite

(Docteur POTEL. — *L'Echo médical du Nord*, 1898)

Hermance D..., 42 ans, célibataire, couturière, entre à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Dubard, le 2 mars 1898, pour une tumeur abdominale.

La malade a été réglée à l'âge de 13 ans. Les règles ont paru tous les mois jusqu'à 21 ans. Depuis, toutes les trois semaines, mais toujours très régulièrement, ne variant pas comme quantité. La durée était de quatre à cinq jours.

La malade n'a jamais eu d'enfant. L'hymen est intact.

Depuis l'âge de 21 ans, elle ressentit une sorte de pesanteur dans le bas-ventre. Puis le ventre commença à grossir d'une façon régulière, progressivement. Elle éprouvait de la gêne mais jamais de douleur. Elle s'étonnait de sentir dans son abdomen une masse dure comme du bois, disait-elle.

Il n'y eut jamais ni varices ni œdème des jambes. Par contre il y a deux ans, apparurent des hémorroïdes qui depuis un an donnent beaucoup de sang.

La constipation est opiniâtre, la miction difficile.

A l'examen, on trouve l'abdomen volumineux. Quelques vergetures. Pas de circulation collatérale.

Pas d'ascite. — La percussion donne de la matité sur toute la hauteur et en avant. A la palpation on délimite une tumeur volumineuse remontant presque jusqu'à l'épigastre, à grand diamètre transversal. La tumeur est lisse, sans bosselure, de consistance ferme. On n'obtient pas de fluctuation.

Le toucher vaginal est difficile, à cause de la persistance de l'hymen. Le col est très en arrière, on peut lui imprimer quelques mouvements de latéralité. L'utérus est porté en haut et en arrière. La tumeur descend dans le cul-de-sac antérieur. Mais la catéthérisme utérin montre que la cavité utérine a sa profon-

deur normale et que l'utérus est dirigé en haut, en arrière et à droite.

Le toucher rectal ne donne aucun renseignement. On pense à une tumeur solide du ligament large à gauche.

Opération le 9 mars. — Ablation de la tumeur qui ne présentait point d'adhérences. Elle était réunie à l'utérus par un pédicule relativement peu développé, dans lequel on reconnaît la trompe, un peu plus grosse que normalement. Le néoplasme s'est développé aux dépens de l'ovaire gauche.

La cavité abdominale ne contient pas d'ascite, même en faible quantité.

L'ovaire droit, plus volumineux qu'à l'état normal, paraît dégénéré. On l'enlève également.

La tumeur enlevée pesait 6 kilogr. 300. La section montre un tissu fibreux, uniforme, sans géodes.

L'examen histologique a montré que la plus grande partie de la tumeur était constituée par du fibrome.

Cependant il y a quelques points très restreints de la surface de la tumeur où la prolifération est plus active : formés de fibres-cellules jaunes analogues à celles que l'on rencontre dans les tumeurs fibro-plastiques.

La tumeur présentait donc à la surface quelques points d'apparence sarcomateuse.

Les suites opératoires furent les plus simples. Il n'y eut ni fièvre, ni douleurs. La malade sortit guérie le 6 avril.

OBSERVATION VI

Fibrome de l'ovaire gauche. Dégénérescence kystique de l'ovaire droit. Castration. Guérison.

(ROUTIER. — *La gynécologie*, 1901)

C. B..., âgée de 26 ans, bien réglée dès l'âge de 14 ans, n'a jamais eu de grossesse.

Début des accidents il y a trois ans par une pesanteur dans

l'hypochondre droit; apparition de la tumeur il y a deux ans.

Le 29 mai 1888, elle a une forte métrorragie au moment de ses règles, qui durent jusqu'au 25 juin; c'est à ce moment qu'elle vient me consulter.

L'abdomen est irrégulier, on sent une grosse masse dure, régulièrement arrondie, mobile, dépassant l'ombilic proéminent surtout à gauche. Pas d'ascite.

L'utérus est très distinct de la tumeur, ne la suit pas dans les mouvements qu'on lui imprime; le petit bassin est vide. Je dis tumeur solide tenant sans doute à l'ovaire gauche.

Le 29 juin 1888, j'enlève par laparotomie un gros fibrome de l'ovaire gauche, bien pédiculé. L'ovaire droit est aussi très gros (mandarine), c'est pourquoi je l'enlève.

Les suites furent fort simples. L'examen fait par le docteur Toupet, montra qu'il s'agissait d'un fibrome.

Revue un an après, le 31 mai 1889, elle allait parfaitement, elle n'avait plus eu ses règles depuis l'opération.

OBSERVATION VII

Fibrome de l'ovaire gauche. Castration. Guérison

(ROUTIER, *La gynécologie*, 1901)

A. B..., âgée de 34 ans, a été réglée à 13 ans, mariée à 19 ans, n'a jamais eu de grossesse, a toujours souffert du ventre.

Il y a cinq ans, elle éprouve une recrudescence de ses douleurs; depuis six mois, elle éprouve des troubles de la miction. Les règles sont restées normales.

Malgré son énorme embonpoint, on sent une tumeur dure irrégulière sur la ligne médiane, débordant surtout à droite, remontant à quatre larges travers de doigt au-dessus du pubis. Pas d'ascite.

Le col est difficile à atteindre, l'utérus rétroversé est dévié à droite, séparé par un sillon de la tumeur qu'il ne paraît pas

suivre quand on la mobilise. Cette malade s'est présentée à mon examen en avril 1889 pour la première fois : je diagnostiquai un fibrome, mais il me fut difficile de dire si la tumeur dépendait des annexes ou s'il s'agissait d'un fibrome sous-péritonéal de l'utérus.

Quelques jours de repos firent disparaître et les douleurs et les difficultés de miction, de sorte que la malade se trouva assez bien pour ne pas accepter l'opération que je lui proposai.

Elle revint cependant en septembre de la même année; les douleurs avaient reparu, les difficultés de la miction aussi, et, de plus, je constatai que la tumeur avait grossi. J'insistai pour qu'elle se soumit à l'opération qu'elle accepta, et que je pratiquai le 24 septembre 1889, non sans difficulté, à cause de la brièveté et de l'épaisseur du pédicule. C'était un fibrome de l'ovaire gauche. L'ovaire droit trop gros me parut suspect, il était kystique, je l'enlevai aussi. Les suites furent des plus simples.

Cette tumeur mesurait 20 centimètres dans son plus grand diamètre, et 17 centimètres dans son diamètre transversal.

L'examen histologique dit fibrome.

La malade, revue en 1894, était en parfaite santé, et avait encore engraisé; elle n'a plus eu ses règles.

OBSERVATION VIII

Fibrome de l'ovaire gauche. Kyste de l'ovaire droit. Signes d'occlusion. Ablation. Mort subite le douzième jour

(ROUTIER. — *La gynécologie*, 1901)

Mme B..., âgée de 63 ans, a eu des enfants, n'est plus réglée depuis neuf ans. Depuis longtemps, son ventre augmentait de volume; elle ne s'en occupait pas, convaincue qu'il s'agissait d'une déformation due à son âge. Mais, depuis deux mois elle est fort gênée pour marcher et pour respirer.

Depuis trois jours elle présente, en outre, des phénomènes aigus; elle ne peut plus aller à la selle et ne digère plus rien.

Le facies est tiré, les jambes, les cuisses maigries. Le ventre est énorme, symétrique, mat partout, l'ombilic normal; cependant, il me semble que les deux fosses iliaques sont moins mates que le reste.

Le toucher ne m'indique rien, utérus petit, peu mobile. Malgré l'œdème de la paroi abdominale, on sent la fluctuation, je pense à un kyste de l'ovaire.

Le 19 mai 1891, je pratique la laparotomie; il s'écoule environ quinze litres de liquide ascitique jaune, je reconnais une tumeur solide grosse comme une tête de fœtus à terme, pédiculisée sur la corne utérine gauche, avec une adhérence au niveau du détroit supérieur; je l'enlève après ligature du pédicule : c'était un fibrome de l'ovaire gauche. A droite l'ovaire et la trompe sont confondus et forment un kyste gros comme le poing, je pratique aussi leur ablation.

Les suites furent simples, et tout nous permettait d'espérer une complète guérison, lorsque le douzième jour la malade mourut brusquement en allant à la selle. L'autopsie fut impossible.

La tumeur examinée par M. le D^r Toupet, était du fibrome pur.

OBSERVATION IX

Fibrome de l'ovaire gauche. Ablation, guérison. Grossesse ultérieure
(ROUTIER. — *La gynécologie*, 1901)

Mme A. S..., âgée de 35 ans, me fut adressée le 22 janvier 1894, par mon ami le docteur Lebrun.

Cette malade, toujours bien portante, a eu cinq enfants.

Il y a deux ans, elle avait des pertes de sang tous les huit jours avec, dans l'intervalle, de fortes pertes blanches.

Cela dura environ huit à neuf mois, puis les pertes de sang disparurent, et elle a une suspension absolue de ses règles depuis quinze mois.

Depuis six mois elle a des douleurs dans son ventre qui a grossi. Son utérus mobile est incliné à droite, le fond est au

niveau du pubis. Une tumeur solide, dure, régulière, assez mobile, déborde l'ombilic en haut et dépasse la ligne médiane, surtout à droite. Pas d'ascite.

Je dis tumeur solide bénigne de l'ovaire.

Le 25 janvier 1894 je pratique la laparotomie et j'enlève une grosse tumeur fibreuse de l'ovaire gauche. Les annexes sont saines à droite, je les respecte. Les suites sont parfaites. En 1896, elle a eu un enfant à terme.

OBSERVATION X

Fibrome de l'ovaire

(Communication de M. MATIGNON à la Société d'anatomie et de physiologie normale et pathologique de Bordeaux. Séance du 16 février 1891. — *Journal de Médecine de Bordeaux*.)

Marie L..., 49 ans, entre le 16 juillet dans le service de M. le Dr Baudrimont.

La malade de santé délicate, rhumatisante, a toujours été mal réglée : elle perdait peu et ses règles venaient très irrégulièrement. Elle n'a eu ni enfants ni fausse couches. Ses règles se sont arrêtées à 46 ans.

Il y a trois ans, elle eut des coliques utérines assez vives qui furent suivies de vomissement. Ces coliques se montrèrent de temps à autre, revenant tous les quatre à cinq mois.

Jusqu'au mois de juin 1891, cette femme n'a pas beaucoup souffert. A partir de cette époque, elle accuse à la région hypogastrique une sensation de pesanteur qui l'empêche de faire des marches un peu longues. Si la malade se fatigue un peu dans la journée, elle souffre beaucoup durant la nuit.

A la palpation, qui n'éveillait que très peu de douleur, on rencontrait une tumeur dure, ronde, à peu près régulière, d'une mobilité extrême rappelant le ballottement fœtal ; on eût dit un bloc de glace en suspension dans l'eau. La percussion et les changements de côté de la malade démontrent l'existence d'une ascite assez considérable. Le toucher vaginal montre le

col utérin mou, la matrice mobile et les mouvements de cette dernière non transmis à la tumeur. Le doigt, introduit dans le cul-de-sac antérieur rencontrait la tumeur lui imprimait des mouvements de bas en haut; on pouvait lancer en haut la tumeur qui retombait sur le doigt, donnant à ce dernier une sensation d'élasticité très nette. L'utérus était légèrement abaissé; la vessie en cystocèle. Pas de trouble du côté du rectum.

Avions-nous affaire à une tumeur de l'ovaire ou à un fibrome pédiculé de l'utérus? Il était impossible de faire un diagnostic.

L'opération fut pratiquée le 25 juillet; à l'ouverture de la paroi abdominale un liquide ascitique s'écoula en grande quantité. On tomba sur une tumeur dure, blanche, enclavée dans le petit bassin d'une mobilité extrême. Cette tumeur roulait sous le doigt, était impossible à prendre et n'avait aucune adhérence; prise entre les mors d'une pince de Museux, il fut facile de lui faire franchir le détroit supérieur. Le pédicule fut lié soigneusement. L'examen histologique démontra que cette tumeur était un fibrome pur de l'ovaire.

OBSERVATION XI

Fibrome fasciculé de l'ovaire gauche avec légère torsion du pédicule Extirpation, guérison

(G. CHAVANNAZ. — *Revue de gynécologie obstétrique
et Pédiatrie de Bordeaux* 1901)

Il s'agit d'une femme de 53 ans, Hélène F..., qui entre dans le service de clinique chirurgicale en juillet 1900

L'histoire clinique de la malade est simple.

Trois mois avant son entrée à l'hôpital, elle a éprouvé des douleurs assez vives dans le bas-ventre plus particulièrement dans la fosse iliaque gauche.

Ces douleurs s'irradiaient aux lombes; elles gagnaient aussi le membre inférieur gauche. Quelques jours après le début

des accidents douloureux Hélène F., a constaté dans son ventre la présence d'une tumeur. Cette tumeur aurait très peu grossi depuis cette date.

Réglée pour la première fois à 13 ans, les règles étaient régulières et duraient huit jours. Mariée à 24 ans, la malade a eu deux accouchements normaux, les enfants sont vivants et en bonne santé. La ménopause est arrivée à 41 ans.

Au moment de son entrée à l'hôpital nous notons les détails suivants :

Hélène F... est une femme vigoureuse chargée d'embon-point. Le teint est coloré, il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs.

Le ventre est volumineux, et la percussion y décele un certain degré d'ascite.

A la palpation, on rencontre une tumeur dure très mobile. Les mouvements de latéralité imprimés à la tumeur ne se transmettent pas au col utérin. Quand on appuie de haut en bas sur la tumeur, on sent que le col de l'utérus s'abaisse vers le doigt vaginal.

Le col présente un tout petit polype muqueux. Les culs-de-sac vaginaux sont libres, l'hystéromètre accuse huit centimètres.

Il n'y a pas de troubles fonctionnels marqués. La malade n'a pas de pertes vaginales ; elle a eu cependant un très léger écoulement sanguin le 25 juin 1900.

Le 5 juillet 1900, nous procédons à l'opération.

Nous recherchons par la palpation abdominale la place de la tumeur ; nous ne la rencontrons point. Cette particularité trouve bientôt son explication. Le ventre ouvert, on sent la tumeur en arrière de l'utérus et non plus au-dessus, ayant pénétré dans l'excavation et dépassant à peine le détroit inférieur. Elle remplit si complètement l'espace libre de l'excavation, que le doigt ne peut glisser entre la colonne vertébrale et elle pour essayer de l'amener au dehors. Ayant bien vérifié par la palpation, la nature solide de la tumeur nous enfonçons dans son épaisseur le tire-bouchon de Delagenière et, grâce à

des tractions bien dirigées nous pouvons amener le néoplasme au dehors. Il se présente alors sous la forme d'une masse régulièrement arrondie et du volume d'une très grosse orange.

La tumeur est développée aux dépens de l'ovaire gauche ; le pédicule étroit et long de plusieurs centimètres, est légèrement tordu sur lui-même. La trompe est indemne.

La tumeur et la trompe correspondantes sont enlevées. Ligature du pédicule au catgut en chaîne.

Les annexes droites saines sont laissées en place.

Le ventre refermé. Les suites immédiates ont été des plus simples. La guérison est survenue sans aucune réaction.

Nous avons procédé à l'examen microscopique de la tumeur ; cet examen a montré qu'il s'agissait d'un fibrome fasciculé.

OBSERVATION XII

Fibrome pur de l'ovaire

(De M. le docteur PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux de Paris — Th. BOURGOUIN)

Léontine David, 42 ans, couturière.

Entrée le 29 juillet 1892, salle Gosselin.

Antécédents héréditaires : Famille bien portante.

Antécédents personnels : Métrorrhagies presque continues depuis trois ans. Caillots au moment des règles, peu de chose dans les intervalles.

Le 8 mai 1892, elle est prise subitement de douleurs et de coliques comme pour accoucher : ces douleurs durent dix jours.

A partir de ce jour augmentation du volume du ventre.

22 juillet. — Ponction, neuf litres de liquide citrin. On constate à ce moment l'existence de nombreuses tumeurs abdominales. Depuis la malade se trouve très soulagée, elle n'est pas alitée. Depuis le 8 mai, suppression des règles. On sentait trois tumeurs : une au-dessus de l'aîne gauche, la plus grosse ; une autre, médiane ; la troisième, droite ; les trois très mobiles. L'ascite se reproduit en quelques jours.

Etat général bon, selles normales, urine abondante et claire, mictions faciles; pas d'albumine, toucher normal, ventre énorme, œdème des jambes disparaissant au repos.

3 août. — Laparatomie.

Ovariectomie bilatérale : Ovaire droit, tumeur du volume d'une tête d'adulte; ovaire gauche, tumeur bilobée du volume d'une tête d'enfant. Utérus petit et normal. Pédicules étroits, ablation facile, *ascite considérable*; très peu d'adhérence, mais elles saignent beaucoup.

Examen. — A gauche : kystes multiloculaires, non végétants, à parois extrêmement épaissies, aspect du fibro-sarcome kystique.

A droite : la tumeur est solide et du volume du poing ne présente aucun kyste. L'examen en a été fait au collège de France.

Examen. — Après fixation à l'alcool des morceaux pris au centre de la tumeur, nous avons fait, d'après les conseils de notre ami Portier, préparateur de physiologie à la Sorbonne, deux préparations à l'hématoxyline de Delafield et une au micro-carmin; ces préparations dont l'interprétation a été contrôlée par M. Télohan, préparateur de M. Rouvier, donnent la texture du fibrome pur, les noyaux du tissu conjonctif y étaient très rares.

Dans la soirée, la malade se trouva très bien, température 38. Le huitième jour, la plaie superficielle est bien réunie; tous les fils sont enlevés, sauf à l'ombilic. Etat général bon, aucune souffrance.

OBSERVATION XIII

Fibrome de l'ovaire

(QUÉNU. — Thèse LALLEMAND, 1896, Paris)

Mme M..., âgée de 49 ans. Entrée le 27 mars 1896, hôpital Cochin, pavillon Pasteur, dans le service de M. le docteur Quénu.

Réglée à onze ans, la malade a toujours eu une menstruation régulière non douloureuse ; jamais de leucorrhée, ni de métrorrhagies. Deux grossesses à 21 ans et à 26 ans, sans accidents. Ménopause à 44 ans.

Peu après, le ventre de la malade se mit à grossir insensiblement et progressivement sans douleurs, sans périodes d'arrêt ou de répression.

Il y a un an, la malade ressentit de vraies douleurs au périnée (début de prolapsus utérin) et des troubles de la miction qui deviennent fréquents avec sensation de cuisson, les urines restant claire. Amaigrissement notable depuis un an avec intégrité des appareils digestif, respiratoire et cardiaque.

Il y a six mois, la tuméfaction abdominale était devenue considérable, l'utérus sortait par la vulve, les troubles urinaires s'accroissaient. La marche devient impossible. dyspnée.

Son médecin fit une ponction et retira dix-sept litres d'un liquide que la malade comparait à de la bière.

La malade effrayée par l'accroissement de volume continuels de son ventre, se décide à entrer à l'hôpital.

Examen de la malade. — L'état général satisfaisant. Appétit conservée. L'abdomen est distendu par une ascite considérable. La paroi abdominale, qui présente des vergetures au niveau des fosses iliaques et une circulation veineuse développée est atteinte d'un œdème considérable à sa partie inférieure.

Par une palpation profonde, par pression brusque sur la paroi, on arrive sur une tumeur intra-abdominale très dure, mais dont les limites sont impossibles à déterminer. Ce mode d'exploration fournit un véritable ballottement.

Le 14 avril, ponction qui donne issue à huit litres de liquide jaune-citron. L'exploration de la tumeur est alors facile. De forme arrondie elle remplit le petit bassin et s'élève dans l'abdomen jusqu'à cinq centimètres au-dessus de l'ombilic. La consistance est très dure et sa surface bosselée. Cette tumeur jouit d'une mobilité parfaite dans tous les sens.

Par le toucher vaginal, le prolapsus réduit, on trouve les culs-de sac libres ; mais à droite et en arrière de l'utérus, en déprimant le vagin, on arrive jusque sur la tumeur. Les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent nettement à l'auteur.

Le diagnostic porté par M. Quénu, en raison de l'ascite, fut : tumeur de l'ovaire, pédiculée. Le diagnostic de la variété anatomique fut réservé, car si l'état général cadrait bien avec celui de la tumeur bénigne, l'œdème de la paroi semblait indiquer une tumeur maligne.

Opération le 16 avril. Laparatomie médiane. Ecoulement immédiat de liquide ascitique. Ablation de la tumeur grosse comme une tête d'adulte, occupant l'ovaire droit, reliée au ligament large et à la trompe par un pédicule court et étroit. La tumeur ne présente aucune adhérence aux organes voisins, sauf à l'épiploon qui est libérée.

Suites opératoires : très simples.

Examen de la pièce. — La tumeur est bosselée avec de nombreuses arborisations vasculaires, de consistance uniformément dure et élastique. On ne constate aucun point ramolli, aucune partie kystique. Son poids est de 1.650 grammes. A la section, le tissu crie sous le couteau et la surface de coupe est blanche, nacrée par places, rosée en d'autres points ; elle est irrégulière, on y constate des tractus blanchâtres très réfringents, très nombreux, se ramifiant à l'infini, s'anastomosant entre eux. Ces faisceaux sont allongés en un ou deux endroits seulement ; ils forment de petits tourbillons.

Près de la surface se trouve une cavité kystique de la grosseur d'une noisette, arrondie et à parois lisses ; son contenu est un liquide muqueux et filant, légèrement teinté de sang.

Examen histologique. — Nous avons prélevé en deux points différents de petits morceaux de la tumeur, l'un en plein tissu, l'autre au niveau du petit kyste, de façon à intéresser sa paroi.

En examinant les coupes du premier morceau à un grossissement moyen, le tissu apparaît formé de cellules conjonctives plates, à noyau triangulaire, paraissant enroulées autour de centres communs qui souvent sont représentés par un vaisseau.

En certains points de la préparation, les noyaux s'allongent, les éléments cellulaires ont tendance à s'arranger en faisceaux orientés, et à présenter des ondulations caractéristiques.

En d'autres points encore, les cellules conjonctives deviennent plus rares et sont interposées entre des fibres conjonctives.

Les vaisseaux sont plus nombreux et la plupart consistent en capillaires.

Sur les coupes prises au niveau du kyste, on trouve une grande quantité de cellules en pleine dégénérescence graisseuse se continuant, par des cellules embryonnaires, avec un tissu conjonctif jeune, analogue au précédent.

OBSERVATION XIV

Fibrome pur de l'ovaire

(Société anatomo-clinique de Lille. — Séance du 2 mai 1900.

LEDoux. — *Le Nord Médical*)

M. Ledoux, interne des hôpitaux, présente un fibrome pur de l'ovaire. Il s'agit d'une femme de 44 ans, qui fit une fièvre typhoïde à l'âge de 16 ans. Accouchement à l'âge de 22 ans et ménopause il y a un an. Depuis dix-huit mois, le ventre de cette femme grossit, et, il y a six semaines, il se produisit une aggravation de tous les symptômes.

Actuellement, cette malade présente des vomissements alimentaires, une gêne respiratoire notable, un ventre énorme. L'œdème remonte jusqu'à l'ombilic. Sensation de flot très nette. Le toucher vaginal ne nous apprend rien. Rien vers l'utérus, rien vers les culs-de-sac. Une ponction ramène 10 litres de liquide. On perçoit alors une tumeur volumineuse allant d'une épine iliaque à l'autre et remontant jusqu'à l'appendice xiphoïde. On pense à une tumeur solide de l'ovaire et l'opération est pratiquée le 12 avril, par M. le professeur

Duret. Cette tumeur volumineuse pèse 3 kil. 400. Elle a la forme d'un haricot. Elle est recouverte d'un lacis vasculaire bien prononcé. Un sillon profond la divise en deux lobes.

L'examen histologique, pratiqué par M. le professeur Augier, a démontré qu'on se trouve en présence d'un fibrome pur de l'ovaire.

OBSERVATION XV

Fibrome de l'ovaire

(BLIN. — *Bull. Soc. biologie*, 1852.)

Femme de 43 ans, a remarqué, depuis l'âge de 29 ans, l'existence d'une tumeur abdominale, qui s'est accrue lentement, et, depuis un an, s'est accompagnée d'ascite.

Amaigrissement, œdème des jambes.

La tumeur irrégulière, bosselée, remonte jusqu'à l'ombilic, perceptible par le toucher.

Ponction de l'ascite. Mort un mois après.

Autopsie. — La tumeur siège à droite de l'utérus et en est indépendante. La trompe est libre. Aspect piriforme. Poids : 3 kil. 500. A la coupe, aspect de tissu fibreux. A la partie supérieure, plusieurs petits kystes du volume d'un poids ou d'une noisette.

L'examen histologique, pratiqué par M. le docteur Verneuil, montre qu'il s'agissait d'un fibrome.

OBSERVATION XVI

Fibrome de l'ovaire gauche

(SPIEGELBERG. — *Monatsschrift f. Geburtsk.*, 1866, t. XXVIII)

M^{me} S..., âgée de 37 ans, deux couches. Après la seconde, développement rapide du ventre. Cessation définitive de la menstruation. Troubles digestifs. Perte des forces. Aggravation lente, mais continue, marche pénible, dyspnée.

Examinée en 1866, cinq ans après le début des accidents,

elle présente un ventre saillant en haut et à gauche, mesurant 1^m 52 de circonférence à l'ombilic. Les parois sont fortement distendues; veines apparentes, léger œdème.

Au palper. — Tumeur élastique, plane, à bords nettement découpés; mobile en masse dans le sens latéral. Fluctuation ascitique dans les parties déclives.

Au toucher. — Rectocèle. Utérus remonté et en antéversion. Portion de la tumeur accessible dans les culs-de-sac.

A la percussion. — Matité dans l'étendue de presque tout l'abdomen et jusque sous la clavicule gauche.

L'état général s'aggrave : douleurs, insomnie, dyspnée, anorexie, amaigrissement, toux, ascite considérable. Morte d'épuisement quelques jours après.

Autopsie. — Tumeur fibreuse du poids de 60 livres, large de 51 centimètres, longue de 46 centimètres, épaisse de 23 centimètres, un peu adhérente dans le petit bassin. Elle est très vasculaire; certains vaisseaux atteignent le calibre d'une plume d'oie.

L'utérus est porté très haut, sa cavité est normale.

Compression des organes. Refoulement des intestins. Epanchement dans la plèvre gauche.

Le microscope montre que la tumeur est constituée par un fibrome pur, sans fibres musculaires lisses.

OBSERVATION XVII

Fibrome avec ascite

(Communication de S. COLLINS WARREN, M. D. *Bost. Med.*, 1893, CXXVIII, p. 10)

Les tumeurs de l'ovaire seraient, dit-on, excessivement rares. Selon Greig Smith, de toutes les tumeurs de l'ovaire, il est probable qu'il n'en est pas plus de 3 % qui soient solides; la plupart d'entre elles sont malignes, sarcomes ou

cancers ; à la vérité, on a trouvé un myome ; mais le fibrome pur est presque inconnu.

Le cas suivant semble, en conséquence, digne d'être cité comme document :

L. R..., domestique, célibataire, âgée de 43 ans, entre à l'hôpital en novembre 1892 ; depuis sa douzième année, elle souffre d'attaques épileptiques, son état mental est inférieur à la moyenne.

Le flux cataménial a été régulier, mais a cessé il y a deux mois ; elle a noté quelque douleur dans l'abdomen, en se reportant à environ quatre mois.

La malade est pauvrement nourrie, et, de là, on peut présumer l'origine de la cachexie qu'exprime son visage.

A l'examen, on trouve que l'abdomen est quelque peu distendu par du liquide ascitique, et une grosse tumeur très dure, tout à fait mobile et non douloureuse, est sentie ; elle remonte jusqu'à trois pouces de l'ombilic, et en bas, jusqu'au pubis.

Par le toucher vaginal, on sent l'utérus petit, mobile et sans connexion avec la tumeur. L'hymen est bien développé.

On regarda la tumeur comme probablement de mauvaise nature, et peut-être d'un pronostic fâcheux. On pensa, cependant, judicieux d'exécuter une laparotomie exploratrice le 11 novembre, et la tumeur, qui était attachée au ligament large gauche, fut enlevée. Elle avait la dimension d'une tête d'adulte et son poids était de 4 kil. 250.

Un examen de l'autre ovaire le montra d'une dimension double de la normale, dur et noduleux et d'un aspect quelque peu semblable à l'ovaire malade.

La malade eut une bonne convalescence, les règles réappurent le 28 novembre.

L'examen microscopique fait par le docteur W.-F. Whiney, montre que la tumeur était constituée par un tissu fibreux, avec çà et là quelques faisceaux de fibres musculaires lisses. Pas de cavité kystique en aucun point de la tumeur.

OBSERVATION XVIII

Fibrome pur de l'ovaire

(*British gynæcological Society*, vol. VIII n° 31, novembre. — Communication du Docteur BANTOCK, *In th.* BOURGOUIN).

Cette tumeur provient d'une veuve, âgée de 47 ans, mère de deux enfants. Son dernier accouchement a eu lieu il y a déjà 23 ans.

La malade n'a eu conscience de la présence de la tumeur que depuis un an, et au moment de sa découverte estima qu'elle était de la grosseur d'un œuf de poule et située dans l'aine droite.

Elle avait crû rapidement et au moment de l'opération formait un corps proéminent en forme de cœur, siégeant dans l'hypogastre. A sa consistance et à sa mobilité, on diagnostiqua un fibrome utérin pédiculé.

L'opération eut lieu le 17 février 1892. L'incision fut portée au delà de l'ombilic pour permettre de libérer l'utérus ; l'épiploon était adhérent sur une grande étendue et après séparation nécessita plus d'une demi-douzaine de ligatures.

Le pédicule était formé de deux faisceaux dont un était assez mince ; l'autre dont l'épaisseur était à peu près de la moitié du petit doigt est composé presque uniquement de vaisseaux sanguins assez gros, entremêlés avec de plus petits.

On ne peut trouver aucune trace de l'ovaire droit.

Du côté gauche on trouva l'ovaire atrophié et ridé.

Jusqu'à l'opération on avait regardé la tumeur comme un fibrome utérin.

Le docteur Rutherford fit aussi quelques coupes dont voici la description histologique :

Au milieu du tissu dense fibreux et blanchâtre qui composait la plus grande partie de la tumeur, il y avait quelques endroits qu'on pensait être du tissu musculaire, car ils en avaient l'apparence à l'œil nu, mais en ayant coupé un morceau pour l'examiner, on vit des nombreux corps arrondis de différentes dimensions au milieu du tissu fibreux. Chaque

corps avait une sorte de capsule représentée par une bande brillante et ondulée. En dedans de cette bande se voyait une matière indéfinie d'aspect granuleux étroitement attachée à la capsule. On pensa que c'étaient les follicules de Graaf, altérés par la pression du tissu fibreux environnant.

L'examen microscopique ainsi que l'histoire clinique de ce cas, ne laissèrent pas place de doute dans l'esprit du Dr Bantock au sujet de la nature de la tumeur et sa conviction était en présentant la tumeur, que c'était un exemple indubitable de cette néoformation si rare et non maligne, c'est-à-dire fibrome pur de l'ovaire.

OBSERVATION XIX

Fibrome de l'ovaire

SZURMINSKI. — Thèse Breslau 1872, in th. LALLEMAND

Femme 26 ans, réglée à 14 ans, régulièrement. On perçoit dans l'abdomen une tumeur plus grosse qu'une tête d'enfant, solide, très mobile s'étendant dans le bassin par une partie sphérique dont on sent la partie antérieure. L'utérus est élevé à droite de la tumeur, indépendant des mouvements de celle-ci.

Le diagnostic hésite entre : fibrome utérin sous-péritonéal et tumeur de l'ovaire.

La malade revient deux mois après, accusant de violentes douleurs de reins. La tumeur a augmenté de volume. L'opération est décidée, ovariectomie. La malade mourut de péritonite le quatorzième jour.

La tumeur a été examinée par M. Waldeyer. La consistance de la tumeur est très dure, résistante, si bien qu'on a de la peine à la sectionner. Son poids est de 910 grammes. Il n'y a pas de traces d'adhérences.

En un point de la surface se voit une cavité kystique arrondie, de la grosseur d'une pomme ouverte et entourée de plusieurs autres. Leur contenu est un liquide séreux et légèrement sanguinolent. Au microscope on constate qu'elles sont tapissées à leur surface interne d'un épithélium très gonflé,

ressemblant à un reste de l'épithélium de l'ovaire. On ne le trouve pas ailleurs.

Dans la tumeur elle-même, les coupes montrent de nombreux faisceaux blancs à structure fibrillaire. Quelques cellules conjonctives, très peu de vaisseaux, quelques corpuscules du sang extravasés. Par places, existent des espaces lacunaires comblés de sang. A la limite de ces îlots de cellules, les faisceaux conjonctifs s'épaississent en se tassant et se condensant jusqu'à former une substance conjonctive presque homogène, qui a les caractères microscopiques de la substance osseuse. Les faisceaux envoient de toutes parts de fines divisions dans les espaces avoisinants, qui se résolvent entre les cellules en de fins réseaux et entrent même en rapport avec elles. Par places ces cellules rappellent les cellules cartilagineuses; mais elles ne sont pas si richement ramifiées et ont une forme plus allongée.

2° Observations portant sur l'examen histologique avec peu ou pas de détails cliniques

OBSERVATION XX (Résumée)

Fibrome de l'ovaire

(GULLINGWORTH. — *Trans. Soc. obs. Lond.* 1879-80, in Thèse LALLEMAND, Paris 1896)

Chez une femme de 36 ans, admise le 11 mars 1879 à l'hôpital Sainte-Marie à Manchester, on trouve deux tumeurs solides, bosselées, dans le bassin. L'une occupe le côté droit et monte un peu dans la cavité abdominale, assez mobile. L'autre plus grosse, remplit le cul-de-sac de Douglas, elle peut être mobilisée de haut en bas par la palpation bimanuelle. Les deux tumeurs communiquent en partie leurs mouvements à l'utérus, et lui sont reliées chacune par un pédicule. Pas d'adhérences, pas d'ascite. Etat général bon. La malade a constaté l'apparition d'une tumeur abdominale, il y a cinq ans, après la naissance de son cinquième enfant.

Au moment de son admission à l'hôpital, métrorragies abondantes qui durent jusqu'au milieu de juin. Puis les menstruations sont régulières, mais la malade décline rapidement. Une ascite abondante apparaît; puis une pleurésie d'abord gauche, ensuite double. Le 10 septembre, dyspnée intense, collapsus et mort.

Autopsie. — Chaque ovaire est transformé en une tumeur solide, reliée à l'utérus par un ligament large. Pas d'adhérences. La tumeur de droite présente un kyste séreux entouré d'une capsule. Les tumeurs sont fermes et bosselées; leur surface lisse. Pas de traces du tissu ovarien.

A la coupe, le tissu ne crie pas sous le scalpel, la surface de section est ferme, dure, homogène et présente plusieurs petits orifices de la grosseur d'une tête d'épingle.

Au microscope, après action du liquide de Müller, on vit que la tumeur est formée de fibres fines, avec des éléments cellulaires conjonctifs et des kystes microscopiques, dûs sans doute à la dégénérescence kystique de la tumeur primitive. La tumeur est un fibrome pur et non un cancer.

OBSERVATION XXI

Fibrome des ovaires

(POPOW. — *Trans. Edimb. obs. Soc.* 1881-82)

Le 13 avril 1880, M. P..., 38 ans, mourut à la clinique de Slawjonski, de cirrhose du foie et d'ascite.

A l'autopsie, l'ovaire droit était de la grosseur d'un œuf d'oie, compact et couvert de fausses membranes, sa surface était rude. Le gauche était du même aspect, mais de la grosseur d'un œuf de poule. L'utérus était recouvert par ces deux tumeurs et par des fausses membranes.

L'ovaire droit est irrégulièrement rond, de consistance solide. A la section, on trouve deux points d'une couleur différente du reste de l'organe. L'un de ces points est rouge-brun, c'est une extravasation sanguine dans un corps jaune, il est bien séparé du tissu voisin. Le second est d'une

blancheur fibreuse, bien délimité aussi, paraît être de la sclérose autour d'un ancien corps jaune.

Au microscope, on constate à la surface un épithélium cylindrique de protection, légèrement ondulé. Au-dessous de lui se voit l'albuginée puis une zone de tissu conjonctif correspondant à la zone parenchymateuse mais sans traces de follicule. Peu de vaisseaux sanguins. Le reste du tissu ovarien consistait en nombreux tractus de tissu conjonctif mêlé de myxomes, quelques vaisseaux et des espaces lymphatiques où les éléments cellulaires avaient subi la dégénérescence mucoïde.

L'ovaire gauche offrait la même structure à un stade plus jeune.

OBSERVATION XXII

Fibrome de l'ovaire

(A DEGORGÉ. — Séance du 18 octobre 1901. *Bull. Soc. anat.* 1901)

Cette tumeur fut extirpée chez une femme de 35 ans qui possédait en même temps une double salpingite suppurée. La tumeur était bosselée, dure et avait le volume du poing. L'utérus hypertrophié présentait de petits fibromes interstitiels.

La malade souffrait depuis une dizaine d'années. Les salpingites étaient vraisemblablement d'origine puerpérale.

L'examen histologique, pratiqué par M. Paulin, interne des hôpitaux, montra en tous les points examinés qu'il s'agissait de fibrome fasciculé de l'ovaire.

OBSERVATION XXIII

Fibrome de l'ovaire

(Ch. MARTIN. — *Brit. Med. J.* 17 janvier 1891, in *Rep. d'obs. et gyn.* 1891)

Fibrome pesant neuf livres et enlevé par L. Tait, chez une femme de 32 ans. La croissance de la tumeur avait été rapide.

Le pédicule en était formé par le ligament large; il n'y

avait pas de connexion avec l'utérus. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un fibrome avec commencement de dégénérescence calcaire. Guérison.

OBSERVATION XXIV

Tumeur fibro-plastique de l'ovaire

(GRIPAT. — *Bull. de la Soc. anat.* 1870)

M. Gripat fait voir une tumeur de l'ovaire droit, enlevée par M. Boinet, le 18 mai au moyen d'une ovariectomie.

Cette tumeur était accompagnée d'ascite, ce qui avait fait croire aux médecins qui avaient d'abord examiné la malade, qu'ils avaient affaire à un kyste de l'ovaire, ayant déterminé de l'ascite, par compression. M. Boinet reconnut une tumeur solide évacua le liquide ascitique au moyen d'une ponction et après avoir ouvert l'abdomen procéda à l'ablation de la tumeur, qui ne présentait pas d'adhérences avec les parois abdominales. Elle était constituée par des éléments fibro-plastiques, sans cellules cancéreuses, ainsi qu'il résulte de l'examen micrographique, fait par M. Vulpien.

OBSERVATION XXV

Fibrome pur de l'ovaire

(LÉOPOLD. — *Arch. f. Gynék.* 1874-VI)

Examen d'un fibrome pur de l'ovaire. L'ovaire est transformé en une masse dure grosse comme une noix. Ni extérieurement, ni intérieurement, on ne peut trouver trace d'un follicule ou d'un corps jaune. A la surface pas de trace d'inflammation. Sur la coupe d'épais faisceaux ondulés se croisent et se réfléchissent dans l'intérieur de la tumeur. Au bord, il y a une bande étroite de tissu conjonctif, parallèle à la surface. Pas de fibres musculaires. Vaisseaux rares. Le tissu normal de l'ovaire a disparu.

**3^e Observations portant sur l'examen clinique détaillé
et sur la description macroscopique du néoplasme
suffisants pour affirmer le diagnostic**

OBSERVATION XXVI (résumé)

Fibrome très douloureux de l'ovaire. Ovariectomie. Guérison

(Par M. le docteur J. RENDU, *Lyon Médical*. 1886, p. 405)

Mme S. C..., 32 ans, religieuse des environs de Lyon, entre à l'infirmerie Saint-Jean, le 14 octobre 1881.

Réglée à 16 ans. A partir de 22 ans, elle perdit tous les quinze ou vingt jours, huit ou dix jours, chaque fois, abondamment, quelquefois avec des caillots. Pas de pertes blanches dans les intervalles. Elle vaquait néanmoins à toutes ses occupations, l'état général ne laissant rien à désirer.

Depuis le mois de mars 1884, la menstruation (huit, dix jours) fut plus régulière (toutes les trois semaines) mais il survient une leucorrhée persistante dans tout l'intervalle des époques.

Cette personne fait remonter le début de ses souffrances à la fin de mars 1885, c'est-à-dire à sept mois environ. La douleur très limitée, siège tout à fait au-dessus et un peu à gauche de la symphyse pubienne. La malade est obligée de garder le lit. La marche est très pénible ; il lui est impossible de se tenir droite. La station assise surtout un peu renversée en arrière est extrêmement douloureuse et lui fait souvent prendre mal au cœur, tant la douleur est vive. Couchée, elle souffre moins mais à la condition que la région sacro-coccygienne presse peu sur le lit.

La seule position bonne, c'est d'être couchée, comme l'on dit, à *plat ventre*, sur l'abdomen.

Depuis l'apparition de cette douleur, c'est-à-dire depuis sept mois, il y a de la constipation, les selles sont douloureuses ainsi que la miction.

L'état général est assez bon, cependant elle tousse et crache depuis longtemps, mais elle n'est pas tuberculeuse.

Examen local. — Sommeil anesthésique au chloroforme. Hymen intact assez souple, non déchiré par le doigt ni par le petit spéculum de Fergusson. Col vaginal légèrement porté à droite par une tumeur petite et dure qui occupe le cul-de-sac postéro-latéral gauche.

En imprimant au col, avec l'index, de petits mouvements on sent que le corps utérin qui a son volume habituel, est mobile, et manifestement indépendant de la tumeur.

A l'hysteromètre, la cavité utérine mesure 6 centimètres et demi à 7 centimètres.

Quant à la tumeur on la perçoit en arrière et à gauche de l'utérus *dure, lisse, glissante et déplaçable, excessivement douloureuse* à la pression, donnant presque la sensation de ballottement lorsqu'on lui imprime une petite secousse brusque avec la pulpe de l'index. Son volume paraît être celui d'un gros œuf de poule, appréciation confirmée par le palper combiné au toucher vaginal. La douleur produite par la pression de la tumeur a été constatée pendant l'anesthésie. Ni le doigt, ni même le spéculum n'avaient en pénétrant dans le vagin, provoqué de mouvements de la part de la malade déjà endormie; mais dès que l'index eut atteint la tumeur, la malade avait tressailli et poussé des cris perçants. On eût eu affaire à un névrome que la douleur n'aurait pas été plus vive.

Le toucher rectal ne donne aucun renseignement nouveau.

Le ventre a son développement normal.

Ajoutons enfin que tous ces phénomènes douloureux vont sans cesse en augmentant. Dans ces conditions, la malade veut absolument être opérée, l'opération est décidée pour le 24 octobre.

Opération. — Incision abdominale. A l'ouverture du péritoine, les anses intestinales se présentent en masse, faisant hernie, on les écarte et on va à la recherche de la tumeur qui a été trouvée dure, arrondie, libre de toute adhérence et

absolument indépendante de l'utérus. On fait son ablation non sans quelques difficultés. On sectionne le pédicule qui est constitué par l'aileron postérieur du ligament large.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Un fait à signaler, c'est que les règles survinrent le troisième jour sans amener le moindre malaise, ni aucune complication. La malade se rétablit ensuite complètement et n'éprouva plus aucune souffrance.

La tumeur avait le volume et la forme d'une poire ordinaire. Elle était blanche, ferme, résistante, dense et ne renfermait aucune loge ou cavité; en un mot, elle offrait absolument tous les caractères macroscopiques des tumeurs fibreuses de l'utérus.

On n'a pu faire l'examen histologique de la tumeur.

OBSERVATION XXVII

Tumeur solide de l'ovaire. Phthisie. Mort

(Recueillie par FIOUPPE, interne du service de M. PÉAN, Thèse de ZEMBICKI, Paris, année 1875)

Julia Wilnet, 21 ans, domestique, entra à l'Hôpital Saint-Louis, le 15 mars 1873, service de M. Péan.

Réglée à 16 ans, menstruation régulière, pas de grossesse.

Vers le mois de mars 1872, elle s'aperçut d'une grosseur dans le côté gauche de l'abdomen. Les règles se supprimaient, elle commença à tousser. Dix mois après environ, la tumeur, qui était peu développée et indolente, prit un accroissement rapide et détermina une péritonite suraiguë qui céda néanmoins à un traitement approprié.

Au moment de son entrée on constate :

Etat général peu satisfaisant, amaigrissement très marqué; léger œdèmes des membres inférieurs. Le ventre est régulièrement volumineux, la peau tendue, avec quelques arborisations veineuses, l'ombilic proéminent. A la palpation, tumeur d'un volume assez considérable, mobile, non fluctuante, dure, sans

bosselures, ovoïde, à grosse extrémité supérieure. La tumeur flotte dans un liquide ascitique très abondant.

Le toucher vaginal permet d'arriver sur une tumeur faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur, dure, non fluctuante. En combinant le toucher avec la palpation abdominale, on reconnaît facilement par les mouvements communiqués que la partie que l'on a sous le doigt a des connexions très intimes avec la tumeur abdominale. Sur un plan plus antérieur, on rencontre le col de l'utérus avec ses caractères normaux; enfin, dans le cul-de-sac antérieur, on arrive sur une tumeur qui semble se continuer aussi avec la masse mobile que l'on sentait par la palpation abdominale.

Les poumons présentent des signes évidents de tuberculisation pulmonaire.

M. Péan songeait à la gastrotomie, quand tout à coup une poussée inflammatoire éclate du côté du poumon, l'œdème des membres inférieures augmente, un thrombus oblitère la veine axillaire, l'ascite prend des proportions telles qu'une ponction est pratiquée pour remédier aux phénomènes d'asphyxie, le pouls devient imperceptible et la malade succombe (14 mai).

L'autopsie fut faite trente heures après la mort. L'incision abdominale découvrit une tumeur solide d'un volume qui ne lui permettait pas de sortir à travers l'incision. La main introduite dans la cavité abdominale pouvait cependant contourner la tumeur et reconnaître qu'elle n'avait aucune adhérence soit avec l'utérus, soit avec l'ovaire et la trompe du côté droit, l'ovaire gauche seul échappait à l'exploration.

Une deuxième incision perpendiculaire à la première, permit de bien apprécier les limites de la tumeur et ses connexions avec les parties voisines.

La surface est lisse, de coloration rosée et offre par places des plaques de forme inégale d'un blanc jaunâtre. Elle est parcourue par des sillons.

À la partie postérieure existent quelques lobes qui bien que sessiles, offrent plus de relief.

Des adhérences fibro-vasculaires nombreuses la rattachent au côlon transverse, à l'intestin grêle, et au petit bassin. D'autres plus importantes la relient à la paroi antérieure de l'abdomen et à l'épiploon.

L'utérus est petit, libre de toute adhérence.

A la coupe, l'aspect du tissu n'est pas le même partout. Dans certaines parties, la structure est franchement fibreuse, dans d'autres le tissu fibreux, très vasculaire, est mélangé de sang infiltré. Nulle apparence de cavité kystique. Les fibres se font remarquer par leur minceur excessive contrairement à ce qu'on observe dans la plupart des fibromes et myomes utérins et par l'absence d'enroulement.

Poumons et plèvres présentant les altérations bien connues de la tuberculisation.

OBSERVATION XXVIII (résumée)

Fibrome de l'ovaire

(Docteur MILLOT-CARPENTIER. — *Union médicale de Paris*, 1890)

Femme âgée de 37 ans. Pas d'enfants. Elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre depuis quelques années et surtout au moment des règles souvent fort abondantes. A cause d'un embonpoint excessif, la palpation est fort difficile. On trouve, par le toucher vaginal, l'utérus remonté et un peu mobile, le cul-de-sac postérieur rempli par une tumeur dure et volumineuse que l'on peut déplacer et cette tumeur prédomine du côté gauche. Par le toucher rectal le néoplasme est mieux circonscrit et on parvient à le soulever. Les annexes droites sont saines. Il est question d'une tumeur fibreuse peut-être du fond de l'utérus, plus probablement de l'ovaire gauche à cause de la mobilité de l'utérus. Il fallait débarrasser au plus vite cette malheureuse de la gêne et des douleurs atroces que le néoplasme avait fini par provoquer et qui étaient arrivées à un tel point d'intensité, que cette femme préférait plutôt mourir que de

continuer à souffrir ainsi. On fait un traitement palliatif sans succès pendant quelque temps.

La dernière menstruation ayant déterminé par son abondance et l'acuité des douleurs abdominales un état inquiétant de la santé de la malade qui, chaque jour, s'affaiblissait de plus en plus, on se décida à l'opérer et on fit l'ablation de la tumeur.

Les premiers deux ou trois jours après l'opération tout marcha à merveille, quand peu à peu, des douleurs se déclarèrent dans le ventre avec du météorisme, la face se grippa, les extrémités ne tardèrent pas à se refroidir et la malade s'éteignit doucement.

Examen de la tumeur. — Forme sphérique du volume d'une tête d'adulte, dure, bosselée. L'utérus trouvé sain, était très allongé et déformé, situé au devant du néoplasme qui avait englobé tout l'ovaire gauche.

A la coupe on reconnaît le tissu fibreux à ses caractères habituels, tissu extrêmement serré dont les filaments irradient du centre à la circonférence. A la partie centrale se rencontrent de gros vaisseaux unis au tissu fibreux ambiant à la manière des sinus de la dure-mère.

OBSERVATION XXIX

Fibrome de l'ovaire. Laparatomie. Guérison

(Observ. du docteur PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Th. BOURGOUIN, 1894, Paris.

Mme C. . . , 37 ans, m'est adressée par le docteur Schoull, de Troyes, pour une volumineuse tumeur abdominale et entre à l'hôpital le 25 septembre 1890, dans le service de M. Perier que j'avais l'honneur de remplacer.

Les renseignements très succincts qui suivent m'ont été fournis par l'interne du service.

La malade a toujours joui d'une excellente santé. Il y a trois ans, son ventre a commencé à augmenter de volume sans

altération de la santé générale : les règles persistaient ; un an après le début, la malade ressentit dans les reins quelques douleurs qui durèrent peu et ne reparurent plus. Depuis l'évolution la tumeur est restée constamment indolente.

Il y a deux ans, la ménopause est survenue brusquement sans incident.

La tumeur depuis un an a pris un développement rapide.

Actuellement, la santé générale est excellente. Le ventre est volumineux et paraît surtout développé à droite.

A la palpation, on trouve à droite une grosse tumeur du volume d'une tête d'adulte, de consistance très dure, à surface irrégulière, bosselée.

C'est une tumeur surtout abdominale très mobile dans tous les sens, non accessible par les culs-de-sac, semblant n'avoir avec l'utérus aucun rapport. Il n'existe aucun trouble fonctionnel, mais la tumeur ayant très nettement augmenté de volume et gênant la malade par son poids, une intervention est proposée et acceptée par elle.

La laparotomie est pratiquée le 30 septembre selon les règles ordinaires.

M. Picque découvre une tumeur abdominale et mobile qui tient à la corne utérine droite par un pédicule mince dont l'extirpation fut d'une grande facilité. L'ovaire de ce côté n'est pas retrouvé et l'on pense à une tumeur fibreuse de l'ovaire.

Son poids est de 4 800. A la coupe, la tumeur présente un aspect blanc nacré : il n'existe aucun kyste.

L'examen histologique n'a pas été fait.

Les suites de l'opération ont été très simples. La malade est sortie guérie le 19 octobre.

M. Picque a revu cette malade en février 1894. La guérison s'est maintenue.

4° Observations basées sur la présentation de pièces anatomo-pathologiques sans examen histologique, avec peu ou pas de renseignements cliniques

OBSERVATION XXX

Fibrome de l'ovaire

(*Lyon médical*, 1895, p. 119)

M. Rendu met sous les yeux des membres de la Société une pièce anatomique qui est intéressante par sa rareté ; il s'agit d'un fibrome pur de l'ovaire.

C'est le deuxième exemple que M. Rendu a eu l'occasion de rencontrer dans sa pratique. La pièce se rapporte à une malade âgée de 40 ans, qui s'est présentée au médecin avec des malaises vagues dans le bas-ventre, la forçant à marcher courbée et inclinée en avant. On avait pensé d'abord à un mal de Pott lombaire. Il y avait du reste des symptômes de voisinage, des vomissements, du péritonisme, des envies fréquentes d'uriner, obligeant la malade à rester dix à quinze minutes sur le vase sans aucun résultat ; passagèrement un peu de constipation.

Le palper hypogastrique fit découvrir une tumeur au-dessous et à droite de l'ombilic, et au toucher on perçut un utérus de volume normal dont le col était mobile. On fit le diagnostic de fibrome de l'utérus et on décida l'intervention.

L'opération fut simple ; on eut même l'agréable surprise de constater, à l'ouverture de l'abdomen, que la tumeur parfaitement pédiculée, appartenait à l'ovaire du côté droit. Son ablation n'offrit pas de difficulté et les suites de l'opération ont été excellentes.

La tumeur extraite est lisse et à sa surface on reconnaît des cicatrices des follicules de de Graaf.

OBSERVATION XXXI

Fibrome de l'ovaire. Ascite.

(*An. I., of. Obst.*, avril 1890. — *Répertoire d'obs. et gyn.* 1891)

Femme de 42 ans, ménopause, il y a sept ans. Souffre dans l'abdomen. Etat cachectique, ascite ; après la ponction, tumeur dure qu'on pense cancéreuse ; l'ascite se reproduit très vite, répétition des ponctions. Laparotomie. Ablation d'une petite tumeur fibreuse qui est un ovaire fibreux. Guérison.

Pour l'auteur le fibrome de l'ovaire n'est pas si rare qu'on le suppose d'ordinaire.

L'ascite n'appartient pas obligatoirement à une tumeur maligne, comme on est trop tenté de croire. Il insiste sur l'absence des cellules agglomérées dans le liquide ascitique, cellules qu'il a habituellement trouvées quand il s'agit de cancer.

OBSERVATION XXXII

Fibrome de l'ovaire

(GUILLLOT. — *Union médicale du Nord-Est* 1898)

M. Guillot présente un fibrome de l'ovaire. Avant l'opération on avait constaté chez la malade, âgée de 50 ans et n'ayant pas d'hémorragies, une tumeur abdominale lisse, mobile comme un kyste et facilement atteinte dans le cul-de-sac de Douglas par le toucher rectal. Le diagnostic de fibrome de l'utérus avait été fait. On trouva un fibrome énorme dont le pédicule était le ligament large ; pas de traces d'ovaire. C'est donc aux dépens de cet organe que s'était développé le fibrome. Or, les fibromes de l'ovaire niés longtemps admis aujourd'hui sont en général peu développés ; celui-ci pèse sept livres. Il y avait à la partie supérieure de la tumeur, un petit infractus, mais pas de gangrène ; en cet endroit, l'épiploon avait adhéré. Cet infractus peut expliquer la température préopératoire de 39°.

OBSERVATION XXXIII

(M. ROYSTER. — *N. I. Med. journal*, 3 janvier 1902)

Il s'agit d'une femme de 55 ans, ayant encore des époques plus ou moins régulières et souffrant dans le côté gauche du ventre. On sent une tumeur très dure dans le cul-de-sac postérieur, tumeur mobile et du volume d'une orange. L'utérus paraît avoir son volume normal et être en connexion avec la tumeur qui lui est attribuée. Mais à l'opération, on trouva que la tumeur était ovarique, attachée au ligament large par un pédicule ; l'utérus était normal.

Les fibromes de l'ovaire donnent lieu à des symptômes très variables. L'augmentation du volume est lente ou rapide, les métrorragies ne sont pas constantes. Ce sont d'ailleurs des tumeurs pelviennes les plus rares : 4 cas sur 1200 laparotomies, d'après Kelly.

OBSERVATION XXXIV

Ablation d'un fibrome de l'ovaire chez une femme de 78 ans

(Fred. MECANN. — *Brit. Med. I.*, 17 janvier 1903)

Le cas est intéressant non seulement à cause de l'âge de la malade, mais en ce qu'il montre qu'une tumeur solide peut se développer et s'accroître après la ménopause sans perdre son caractère de bénignité. La malade n'était plus réglée depuis 1873. En 1897 seulement elle eut des phénomènes d'obstruction intestinale qui se dissipèrent, puis le ventre se développa, il y eut des troubles de la miction et de la constipation. L'opération fut faite en 1898 : on trouva un volumineux fibrome de l'ovaire droit auquel il était rattaché par un long pédicule ; l'ovaire gauche était atrophié.

Au mois de décembre dernier, l'opérée disait qu'elle jouissait d'une excellente santé depuis l'opération. L'auteur n'a pu trouver aucun cas d'opération de fibrome à un âge

aussi avancé, bien qu'on ait enlevé des kystes à des femmes plus âgées.

On connaît un certain nombre de cas d'ablation de ces tumeurs chez des femmes qui n'étaient plus menstruées.

OBSERVATION XXXV

Fibrome de l'ovaire

(POSTEMSKI. — *Riforma méd.* 1894.)

Femme de 45 ans, ayant ressenti les premiers troubles il y a quatre ans. Peu après vomissements et règles troublées.

En 1890, ascite et œdème des membres inférieurs.

En 1891, ponction d'urgence de l'ascite, qui ramène vingt litres de liquide citrin, où le microscope ne révèle rien.

La malade refuse une intervention chirurgicale après la ponction; la tumeur est explorée, elle appartient nettement aux annexes droites; sa consistance est dure, fibreuse. En 1892, l'ascite s'est reproduite; tous les troubles réapparaissent.

Opération le 2 février 1892. — Ablation par la laparatomie d'un gros fibrome de l'ovaire droit, muni d'un pédicule court et très large, sans connexion avec l'utérus. Le néoplasme était bien ovarien. Issue de trente litres de liquide ascitique citrin, sans caractère spécial.

Guérison. — Deux ans après la santé est florissante. L'ascite n'a pas reparu.

OBSERVATION XXXVI (inédite)

Fibrome de l'ovaire droit

(M. LAROYENNE)

A. Blanc, 15 ans, entrée le 12 octobre 1901 à la clinique gynécologique de la Charité.

L'histoire de la malade se résume à l'apparition progressive de cette tumeur car la malade ne peut fournir en raison de son état mental aucun renseignement sérieux.

Son habitus extérieur est d'autre part celui d'une jeune

filles de 15 ans. A l'examen on trouve un col petit de nulle part ; dans le Douglas on sent une masse de volume d'une tête d'adulte, légèrement bosselée, mobilisable, et faisant une forte saillie dans le vagin. Sonorité dans les flancs. Quand on essaye de soulever la tumeur l'utérus la suit et remonte dans l'abdomen.

Opération le 18 octobre 1901. Laparotomie sous-ombilicale. Légère ascite. La tumeur est un fibrome de l'ovaire droit qui peut être facilement pédiculisé et enlevé. De grosses veines se répandent dans le ligament large de ce côté. On reconnaît l'intégrité de l'ovaire gauche. Les suites opératoires sont légèrement fébriles. La malade est sortie le 11 novembre 1901. La tumeur du poids de 2 kil. 500 offre une consistance variable *fibromateuse* dans son ensemble. Elle est dégénérée par places et même kystique.

Pas d'examen histologique.

CONCLUSIONS

Les fibromes de l'ovaire sont rares et ordinairement unilatéraux.

Ils surviennent à n'importe quel moment de la période active de la vie génitale de la femme et même après la ménopause.

Au point de vue anatomo-pathologique les fibromes purs existent, mais ils se présentent souvent associés avec des fibres musculaires lisses et parfois avec des cellules sarcomateuses. La dégénérescence calcaire a été observée.

Ils atteignent souvent le volume d'une tête d'enfant.

Les principaux symptômes sont : *a*) augmentation progressive de la tumeur, constatable par le toucher vaginal et le palper; *b*) douleurs parfois intolérables; *c*) la menstruation qui reste rarement normale (6/22), mais qui est le plus ordinairement troublée; — tantôt suppression des règles (8/22), tantôt des métrorragies (8/22); *d*) ascite fréquente (16/23) et souvent très considérable.

Le diagnostic des fibromes ovariens est fort délicat; la confusion pourrait se faire le plus ordinairement avec les fibromes utérins sous-péritonéaux et d'autant plus facilement que les deux affections coexistent souvent. Mais dans bien des cas le diagnostic est possible; il

s'appuiera sur l'examen attentif des connexions de la tumeur avec l'utérus et surtout sur l'hystérométrie. Les kystes ovariens seront éliminés par la constatation de la fluctuation. Pour le diagnostic d'avec les tumeurs malignes de l'ovaire, c'est sur l'évolution, l'état général, les adhérences, qu'on se basera.

L'évolution du fibrome de l'ovaire se poursuit à travers un état général parfait, qui, à la longue, finit par s'altérer. Mais souvent les douleurs atroces, les métrorragies, la reproduction de l'ascite exigeant des ponctions répétées, les complications telles que : la torsion du pédicule, la pelvi-péritonite, les adhérences, la dégénérescence sarcomateuse aggravent la situation, et l'issue peut être fatale à brève échéance.

La ménopause ne vient pas limiter l'accroissement de la tumeur.

Donc, pour toutes ces raisons, l'intervention s'impose, ovariectomie double, si l'ovaire du côté opposé est suspect, mais s'il est sain, il faut savoir le respecter, pour laisser à la femme la possibilité de devenir mère.

Vu :

Le Président de la Thèse,
Antonin PONCET.

Vu :

Le Doyen de la Faculté,
LORTET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 2 mai 1903.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
Gabriel COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- DARTIGUES. — Etude des tumeurs solides de l'ovaire, *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*.
- BOURGOUIN. — Des tumeurs solides de l'ovaire à évolution lente, Thèse de Paris, 1894.
- PICQUÉ. — Des tumeurs solides de l'ovaire, *Semaine gynécologique*, 1896.
- LÉOPOLD. — Die soliden Eierstockgeschwulste, *Archif. für Gyn.*, 1877, t. VI.
- ZIEMBICKI. — Essai clinique sur les tumeurs solides de l'ovaire, Thèse de Paris, 1875.
- ROUTIER. — Fibromes de l'ovaire, *La Gynécologie*, p. 497, 1901.
- LALLEMAND. — Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire, Thèse de Paris, 1896.
- SPENCER WELLS. — Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, trad. Rodet, Paris, 1883.
- SEGOND. — *Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus, t. VIII.
- POZZI. — *Traité de gynécologie*, 3^e édition, 1897.
- CORNIL. — *Journal des connaissances médicales*, 1893, p. 13.
- ROKITANSKY. — *Lehrb. der Path. anat.*, 3^e édit. t. III, p. 423.
- SZURMINSKI. — Breslau, Thèse, 1872, *Über soliden Eierstockes Tumoren*.
- DELIGNY. — De l'ascite dans les fibromes de l'ovaire, Thèse de Lille, 1898.

